

Ответы на задачи 1 части (1-62)

Ответы к задаче 1

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Язвенная болезнь 12-перстной кишки, обострение, Нр+. Ожирение 1 ст.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Наличие «дефекта наполнения», деформация луковицы 12-перстной кишки, синдром желудочной гиперсекреции, Нр+. МТ 32,0 кг/м²

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента

- ОАК, ОАМ;
- кал на скрытую кровь;
- рентгенография с контрастированием пищевода для оценки функции кардиального отдела желудка;
- рН-метрия для оценки уровня желудочной секреции;

4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Эрадикационная терапия (амоксциллин+кларитромицин+омепразол) в течение 10 дней; блокаторы периферических допаминовых рецепторов (ганатон) для улучшения функции дистального отдела пищевода. Диета, редуцированная по каллоражу (1600-1700 ккал в сутки).

5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни?

Должен быть взят на Д учет в 3б группу, наблюдение 2 раза в год. Рекомендации по режиму питания (4-6 раз в день), санаторно-курортное лечение (Горячий Ключ, Ессентуки), при обострении (наличие «ниши», болевой синдром и Нр+) проведение эрадикационной терапии.

Ответы к задаче 2

Какое нарушение ритма у больного?

- Персистирующая форма фибрилляции предсердий

С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз?

- Трепетание предсердий – на ЭКГ характерны пилообразные волны F одинаковой величины с ЧСС 250-450 в минуту. Возможна ритмированная форма с одинаковыми интервалами R-R.

Пароксизмальная реципрокная атриовентрикулярная тахикардия – характерно внезапное начало и конец, ритм правильный, QRS не расширен, зубец P не определяется или находится за QRS.

Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.

- ЭХОКГ – для выявления структурных изменений в сердце. Оценить размеры камер сердца, состояние клапанного аппарата, сократительную способность миокарда, легочную гипертензию, наличие тромбов в полостях сердца.

ЧПЭхоКГ – для выявления тромбов в левом предсердии (ушко левого предсердия)

Анализ крови (калий, натрий, АЛТ, АСТ). Глюкоза крови. Определение МНО.

Креатинин крови с определением СКФ. Определение уровня ТТГ.

ДС с ЦДК брахиоцефальных артерий (у больного имеется АГ, снижение памяти) для выявления значимых стенозов сонных артерий.

ФГС – в анамнезе язвенная болезнь (перед назначением антикоагулянтов), ФГС, Р-скопия желудка с барием – для исключения грыжи ПОД (появление приступов при изменении положения тела).

На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?

- Риск развития системных ТЭО рассчитывается по шкале CHADS2 и CHA2DS2VASc. У данного пациента имеется артериальная гипертония – 1 балл, возраст старше 75 лет – 2 балла. Таким образом, у больного 2 «больших» факторов риска, в сумме 3 балла – показан прием пероральных антикоагулянтов.

Перечислите, что относится к сердечно-сосудистым и другим состояниям, ассоциирующимся с фибрилляцией предсердий; назовите какие состояния ассоциируются с развитием фибрилляции предсердий у данного больного?

Структурные заболевания сердца, характеризующиеся поражением миокарда, перикарда, клапанного аппарата и крупных сосудов сердца. Артериальная гипертония. Сердечная недостаточность. Врожденные и приобретенные пороки сердца. Первичные кардиомиопатии. Ишемическая болезнь сердца. Нарушение функции щитовидной железы. Избыточная масса тела и ожирение. Сахарный диабет. ХОБЛ. Апноэ во время сна. ХБП отмечается у 10-15% больных с ФП. Возраст (риск развития ФП увеличивается с возрастом).

У данного пациента факторами риска являются возраст старше 75 лет, артериальная гипертония.

Ответы к задаче 3

Вопросы:

1. Предварительный диагноз. Хронический паренхиматозный билиарнозависимый (холангиогенный) панкреатит в стадии обострения, средней степени тяжести с выраженной внешнесекреторной (синдром мальдигестии и мальабсорбции) с развитием дефицитных состояний и внутрисекреторной недостаточностью поджелудочной железы.

2. Поражение поджелудочной железы происходит в связи с гибелью ее клеток за счет активизации панкреатических ферментов в протоках и ткани поджелудочной железы с последующей их гибелью и замещением соединительной тканью.

3. Методы обследования. Для подтверждения морфологических изменений в поджелудочной железе необходимо ультразвуковое исследование и МРТ. Для выявления и оценки степени выраженности внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы определяют суточный уровень эластазы в кале. Внутрисекреторная функция поджелудочной железы оценивается по уровню сахара в крови. Определение активности амилазы и липазы в крови позволяет оценить активность патологического процесса (синдром уклонения ферментов в кровь) – обострение или ремиссия.

4. Тактика лечения.

Лечение при обострении хронического воспалительного процесса в ПЖ.

При обострении ХП купируют с помощью консервативной терапии: используют средства для снижения функциональной активности ПЖ непрямыми методами (антациды, ингибиторы протонной помпы, при выраженном обострении – спазмолитики, октреотид по 50мкг п/к.).

Поддерживающая терапия после стихания явлений обострения.

После стихания обострения назначают ферментные препараты (креон, панцитрат и др.).

Диета. Отказ от алкоголя, курения и строгое соблюдение диеты.

При тяжелом обострениях ХП, с ночными болями и рвотой рекомендуется голодание в течении 1-3 суток. После уменьшения выраженности симптомов - диета №5 или №1.

В период обострения потребление жира уменьшают до 70 - 80 г, белка - до 100 - 110 г, питание пяти или шестиразовое.

5. Дифдиагноз.

Дифдиагноз проводится по принципу исключения синдромосходных заболеваний.

Синдром панкреатических болей – необходим дифдиагноз с гастродуоденальными язвами, заболеваниями тонкой кишки, корешковым синдромом при поражении нижнегрудного отдела позвоночника, карциномой желудка, поджелудочной железы, почек, поперечной ободочной кишки. Каждого больного с упорными болями и похуданием обследуют с онкологической настороженностью, особенно при гиперпластических (псевдоопухолевых) вариантах ПЖ.

Дифференциальная диагностика ХП с внешнесекреторной недостаточностью проводится с хроническими атрофическими гастритами, заболеваниями тонкой кишки, протекающих с синдромом мальабсорбции (целиакия, лимфома, болезнь Уипла, хронический энтерит).

Ответы к задаче 4

ЭТАЛОН:

1.Предварительный диагноз.

Астма, неуточненной форма, легкого персистирующего течения (астма впервые выявленная).

(Пациент молодого возраста, наследственность отягощена (мать болеет астмой); симптомы- приступы удушья, суточная (чаще ночью) и сезонная зависимость (весенне-осенний период); легкое течение персистирующее -2-3 раза в неделю приступы).

2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.

План:

-рентгенография (с дифференциально-диагностической целью: исключить хронический бронхит и др. заболевания, протекающие под «маской» астмы);

-ОАК: выявление эозинофилии

-Общий анализ мокроты: спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, исключить атипичные клетки;

-Мокрота на посев, по Цилю- Нильсону- для выявления ВК

-Спирометрия + пробы с бронхолитиками (выявление обструкции и положительной реакции ОФВ1 на сальбутамол (+15%-по ВОЗ);

-Пикфлоуметрический мониторинг (суточные колебания ПСВ +15% (по ВОЗ);

-Выявление аллергического фона: *Ig общий и Ig специфические* (ингаляционные); при невозможности их проведения- скарификационные аллерго тесты; ЭКП- эозинофильный катионный протеин (повышен при астме); оксид азота в выдыхаемом воздухе (повышен при астме).

-Консультация пульмонолога, аллерголога- иммунолога, отоларинголога.

3.План лечебных мероприятий.

План лечения: *учитывая легкое течение (это 2-я ступень)* – показаны ИГКС в низких дозах (например, Пульмикорт Турбухалер по 100-200 мкг утром и вечером); «по

требованию» - сальбутамол по 1-2 дозе (200 мкг/ ингаляцию), как скорая помощь при приступах (но не более 3-4 раз/сут).

4.Проведение врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда.

Рекомендовано решить вопрос об изменении условий труда, т.к. он водитель.

Противопоказан:

-Тяжелый физический труд.

-Работа с выраженным нервно-психическим напряжением.

-Воздействие неблагоприятных метеоклиматических факторов (температура, влажность и т.п.).

-Работа в условиях запыленности, загазованности и контакта с аллергенами.

-Все виды трудовой деятельности, которые в связи с приступом могут нанести вред самому больному и окружающим (летчики, авиадиспетчеры, работа на высоте, обслуживание движущихся частей, механизмов, конвейер), в т.ч. водители.

-Длительные командировки.

5. Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента.

В госпитализации не нуждается (легкое течение, ДН-0 степени: нет цианоза, ЧДД-18, гемодинамика стабильная).

Ответы к задаче 5

Предположите наиболее вероятный диагноз?

- Гипертоническая болезнь III стадии, степень 1, риск 4. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Экстрасистолия.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

- Клинически манифестное поражение периферических артерий в виде синдрома перемежающейся хромоты (ноющие боли в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующихся в покое) относится к ассоциированным клиническим состояниям, поэтому Гипертоническая болезнь III стадии, плюс учитываемы факторы риска (мужской пол, курение) – риск очень высокий -4.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

- Развернутый анализ крови, анализ мочи. Глюкоза крови. Липидный спектр (общий ХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, триглицериды). Б/х анализ крови (мочевина, креатинин, калий, натрий), расчет СКФ – для уточнения функции почек и определения стадии ХБП.

Допплеровское исследование артерий нижних конечностей – для определения степени стенозирования артерий нижних конечностей (т.к. клинически – синдром перемежающейся хромоты).

Допплеровское исследование брахиоцефальных артерий (для определения степени атеросклеротического поражения сонных артерий).

ЭХОКГ (определение размеров камер сердца, состояние клапанного аппарата, подсчет ИММЛЖ, выявление систолической и/или диастолической дисфункции миокарда).

Холтеровское мониторирование ЭКГ - уточнить характер нарушения ритма, выявление ишемических изменений, эпизодов безболевой ишемии миокарда, т.к. больной не сможет выполнить субмаксимальную физическую нагрузку из-за болей в ногах.

Препараты каких группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

- Антагонисты кальция и ингибиторы АПФ – показаны при периферическом поражении артерий.

Диуретики тиазидные – в составе комбинированной терапии

Какие комбинации групп гипотензивных препаратов противопоказаны данному пациенту?

- Бета-блокаторы – не рекомендуются больным с клинически манифестным поражением артерий нижних конечностей

Ответы к задаче 6

Вариант 1.

Предположите наиболее вероятный диагноз?

- Сахарный диабет 2 типа. Целевой уровень гликированного гемоглобина менее 7,0%. Диабетическая нефропатия, стадия микроальбуминурии.

Соп. Гипертоническая болезнь 3 стадии, риск 4.

Фон. Экзокринно-конституциональное ожирение 2 степени.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз?

- Сахарный диабет 2 типа поставлен на основании выявленной гипергликемии натощак (глюкоза крови 6,9 ммоль/л) и выраженной глюкозурии (4+) у женщины 50 лет с ожирением (ИМТ 37 кг/м²). Целевой уровень гликированного гемоглобина менее 7,0 % - на основании отсутствия тяжелых макрососудистых осложнений и риска тяжелой гипогликемии у женщины среднего возраста. Диабетическая нефропатия, стадия микроальбуминурии определена на основании выявления белка в общем анализе мочи (0,15г/л) на фоне сахарного диабета. Систолидиастолическое повышение АД max до 150 и 95 мм.рт.ст в течении 6 месяцев позволяет диагностировать АГ. Учитывая наличие ассоциированного клинического состояния (диабетическая нефропатия) у пациентки 3 стадия, очень высокий риск. Экзокринно-конституциональное ожирение 2 ст – на основании ИМТ 37 кг/м²

Составьте план обследования пациента?

- ОАК, ОАМ, б/х исследование крови (общий белок, альбумин, креатинин, мочевины, холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, ИА, глюкоза крови, общий билирубин, АСТ, АЛТ, мочевая кислота, гликированный гемоглобин, расчет СКФ, калий, натрий, кальций), гликемический профиль, суточная приеинурия, УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭКГ, ЭХО-КГ, осмотр окулиста.

Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.

- Препаратами выбора для антигипертензивной терапии больных сахарным диабетом являются иАПФ в следствии нефропротективного действия и отсутствия влияния на чувствительность к инсулину.

Какой глюкозоснижающий препарат Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

- В качестве старта терапии в данном случае можно рекомендовать агонисты рецепторов ГПП-1 (эксенатид, лираглутид, ликсисенатид). Лекарственные средства этой группы не вызывают гликемии, эффективно снижают массу тела и уровень систолического АД, обладают потенциально протективным эффектом в отношении β-клеток поджелудочной железы. Ограничением к применению является тяжелое нарушение функции почек (СКФ менее 30 мл/мин/1,73 м²),

печени, сердечная недостаточность 3-3 функционального класса, ВЗК, парез желудка.

Вариант 2.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный, рекомендованный уровень HbA1c $\leq 7,0$ %.

Диабетическая нефропатия.

Нефритический синдром.

Артериальная гипертензия 1 степени.

Ожирение II ст. (ИМТ – 36,3 кг/м²).

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Впервые выявленная гипергликемия, глюкозурия (превышении почечного порога для глюкозы крови) свидетельствует в пользу значительного, стойкого нарушения углеводного обмена - Сахарного диабета. Наличие семейного анамнеза, возраста и абдоминальным ожирением II ст., свидетельствуют в пользу наличия инсулинорезистентности, т.е. развития сахарного диабета II типа.

Мочевой синдром (гипостенурия, глюкозурия, выраженная протеинурия, микрогематурия) и систоло-диастолическая АГ свидетельствуют о развитии ХПБ (диабетическая нефропатия, нефритический синдром). Выявленный синдром артериальной гипертензии следует дифференцировать прежде всего со вторичной рено-паренхиматозная АГ.

3. Составьте план обследования пациента.

Впервые выявленный СД является показанием для госпитализации в круглосуточный стационар (II этап реабилитации) терапевтического профиля (эндокринологическая койка) с целью проведения обследования и обоснования предварительного диагноза в объеме:

- гликемический профиль,
- исследование гликогемоглобина,
- исследование С-пептида,
- суточная протеинурия,
- проба Реберга с оценкой СКФ,
- моча по Нечипоренко (подтвердить эритроцит- и лейкоцитурию),
- моча по Зимницкому (оценка суточного объема, концентрационной функции и соотношения ночного и дневного диуреза),
- биохимическое исследование крови: АСТ, АЛТ, общий билирубин, креатинин, мочевиная кислота, липидный профиль.
- электролиты крови (K⁺),
- УЗИ почек,
- ЭКГ,
- график АД и пульса,
- консультация нефролога.

4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.

- иАПФ (энналаприл, моноприл, периндоприл) или блокатор кальциевых каналов (дигидроперидиновый ряд), учитывая органопротекторный эффект.

5. Какой глюкозоснижающий препарат Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

На фоне соблюдения диетотерапии (исключение легкоусвояемых углеводов), мероприятий по снижению имеющейся инсулинорезистентности (снижение массы тела за счет гипокалорийной диеты, повышения уровня физической активности) и при отсутствии противопоказаний согласно лабораторному обследованию (азотовыделительная функция почек), показано начать терапию с препарата Метформин (группа бигуаниды).

Ответы к задаче 7

Предположите наиболее вероятный диагноз?

- Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, обострение. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром.

2 балла - Диагноз поставлен верно.

1 балл - Диагноз поставлен не полностью: не указана связь с хеликобактерной инфекцией, не указана функциональная диспепсия.

0 баллов - Диагноз поставлен неверно.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз?

- Диагноз «Хронический гастрит» поставлен на основании данных анамнеза (страдает хроническим гастритом в течение 20 лет), данных осмотра (болезненность в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне при пальпации), данных фиброгастроскопии (гиперемия слизистой желудка), гистологического исследования (полиморфноклеточная инфильтрация слизистой). Атрофический гастрит ставится на основании данных эндоскопии, подтвержденных гистологическим исследованием биоптата слизистой. Связь с хеликобактерной инфекцией доказана положительным быстрым уреазным тестом. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром поставлен на основании жалоб пациента на тяжесть, чувство переполнения в животе после еды, тошноту.

2 балла - Диагноз обоснован верно.

1 балл - Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из компонентов диагноза.

0 баллов - Диагноз обоснован неверно.

Составьте план дополнительного обследования пациента?

- Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, анализ кала, рН-метрия желудка, УЗИ органов брюшной полости.

2 балла - План дополнительного обследования составлен полностью верно

1 балл - В плане дополнительного обследования отсутствуют один или два из дополнительных методов обследования

0 баллов - В плане дополнительного обследования отсутствуют три и более метода дополнительного обследования

Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте свой выбор?

- Прежде всего, необходимо назначение эрадикационной терапии. Рекомендовано применение терапии первой линии: ингибитор протонной помпы 2 раза в день (например, рабепразол 20 мг 2 раза в день) вместе с амоксицилином 1 гр 2 раза в день и кларитромицином 500 мг 2 раза в день продолжительностью 10-14 дней. Возможно добавление к этой схеме висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в день и *Saccharomyces boulardii* (по 250 мг 2 раза в сутки) для повышения эффективности эрадикации. Для купирования симптомов постпрандиального дистресс-синдрома назначают прокинетики, например, итоприд 50 мг 3 раза в день на 3 недели.

2 балла - Медикаментозное лечение назначено верно

1 балл - Студент неверно обосновал свой выбор препаратов, неверная схема эрадикационной терапии, не назначены прокинетики.

0 баллов - Не назначена эрадикационная терапия, или лечение назначено неверно

Разработайте план диспансерного наблюдения пациента?

- Пациенты с хроническим атрофическим гастритом находятся на диспансерном учете у участкового терапевта по месту жительства пожизненно. Рекомендуется осмотр 1 раз в год, с проведением общего анализа крови и фиброгастроскопии с биопсией. По возможности - анализ желудочного сока 1 раз в 5 лет. Рекомендуется соблюдение щадящей диеты, отказ от раздражающей пищи и напитков.

2 балла - План диспансерного наблюдения составлен верно

1 балл - В плане диспансерного наблюдения имеются ошибки в сроках осмотра или перечне методов обследования

0 баллов - План диспансерного наблюдения составлен неверно

Ответы к задаче 8

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

ОКС с подъемом ST в задней стенке, острый период.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Ангинозная боль, не уступающая нитратам, продолжительность болевого синдрома 2 часа, ЭКГ признаки ОКС с подъемом ST с локализацией процесса в задней стенке левого желудочка.

3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе?

Обоснуйте свой выбор.

При согласии больного на коронарографию и дальнейшее хирургическое вмешательство госпитализация в торакальный центр для ЧКВ (время доставки 30 минут).

При отказе больного от ЧКВ – госпитализация в кардиоблок стационара.

4. Какой объём медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?

- если боли не купируются внутривенным ведением нитратов, препарат выбора морфин;

- аспирин 325 мг разжевать; клопидогрель 300 мг(при планируемом ЧКВ - 600 мг);

- гепарин 4000ЕД;

- бета-адреноблокаторы короткого действия (анаприлин 40мг) разжевать.

5. Достаточно ли данных для постановки диагноза инфаркт миокарда? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

Для определенного диагноза ИМ необходимо 3 составляющих: клиника, уровень ферментов крови, ЭКГ данные.

Для подтверждения диагноза необходимо определить уровень тропонинов Т и I(кардиоспецифичные ферменты, чувствительность и специфичность которых 100%).

Ответы к задаче 9

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

ИБС. Перенесенный передний Q-образующий ИМ от 01.09.22016г., подострый период Состояние после ЧТКА и эндопротезирования передней межжелудочковой артерии. АГ 2 степени. Риск 3 (высокий). ХСН 11А, 2 ФК. Ожирение 2 ст.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Подострый период ИМ, т.к. после инфарктирования прошло 30 дней. Риск высокий (гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, гипертрофия левых отделов сердца с диастолической дисфункцией).

3. Разработайте программу реабилитации на поликлиническом этапе.

Программа реабилитации должна быть построена с учетом физической активности пациента на предыдущем этапе (санаторном), должна быть точная информация о реакции больного на расширение режима физической активности, программа реабилитации должна включать в себя все виды реабилитации (медицинскую, физическую, социальную, психологическую, профессиональную).

- прием медикаментозных препаратов (комбинация антиагрегантов, статины, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ);
- определить степень мотивации пациента к прекращению курения, назначить, при необходимости, медикаментозную терапию (никоретте, варениклин);
- назначить редуцированную по каллоражу диету (1500-1700 ккал в сутки);
- ходьба на расстояние 2000м со скоростью 100-110 шагов в минуту, подъем на 3 этаж лестницы; ЛФК в группе в щадяще-тренирующем режиме;
- консультация медицинского психолога по методике аутотренинга;
- по мере восстановления трудоспособности закрыть больничный лист, в первые 2 месяца ограничения от работы в неурочное время, командировок.

4. Оцените данные лабораторных анализов и объективного осмотра пациента, проведите коррекцию медикаментозной терапии.

- гиперхолестеринемия, триглицеридемия, диастолическая дисфункция с сохраненной фракцией выброса, толерантность к физической нагрузке снижена, результат 6-минутной ходьбы на уровне ХСН 2ФК, ИМТ в рамках ожирения 2 степени, АД 2 степени.

5. Укажите сроки временной нетрудоспособности. Разработайте план диспансерного наблюдения.

- сроки временной нетрудоспособности в пределах 50-60 дней.
- диспансерное наблюдения по 3а группе в течение первого года у кардиолога, а в дальнейшем – у участкового терапевта. Осмотр в течение первого года 1 раз в 2 месяца с контролем эффективности лечения и динамики ЭКГ данных, в дальнейшем частота осмотров может быть до 2 раз в год с приемом медикаментозных препаратов неопределенно долгое время (через год после перенесенного ИМ целесообразно перевести больного на монотерапию аспирином 100мг).

Ответы к задаче 10

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Хронический пиелонефрит, стадия обострения. ХПН 0.

Сахарный диабет 2 типа, рекомендованный уровень HbA1c $\leq 7,0$ % достигнут.

Гипертоническая болезнь II ст., риск 3.

Хронический паренхиматозный панкреатит, средней степени тяжести, ремиссия.

Избыточная масса тела (ИМТ – 29 кг/м²).

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Мочевой синдром с преобладанием лейкоцитурии, умеренный лейкоцитоз с повышением СОЭ в ОАК и УЗИ признаки структурных изменений почек (деформация ЧЛС с обеих сторон, кисти) свидетельствует о хроническом воспалительном процессе с

поражением ЧЛС в стадии обострения - хронический пиелонефрит в стадии обострения основной диагноз. Азотовыделительная функция (креатинин крови) сохранена. Сахарный диабет предрасполагает к латентному бессимптомному течению бактериальной мочевой инфекции. Достижение рекомендованного уровня $HbA1c \leq 7,0\%$ (5.6%).

Гипертоническая болезнь II ст., риск 3, учитывая выявленные признаки гипертрофии левого желудочка (поражение органа мишени АГ и наличие факторов риска ССЗ).

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Ведение пациента амбулаторно или стационарозамещающий вид медицинской помощи (дневной стационар, стационар дневного пребывания). По предварительному диагнозу обследован в объеме:

- моча по Нечипоренко (подтвердить лейкоцит- и эритроцитурию),
- проба Реберга с оценкой СКФ,
- моча по Зимницкому (оценка суточного объема, концентрационной функции и соотношения ночного и дневного диуреза),
- посев мочи на стерильность и чувствительность к а/б в случае неэффективности терапии первой линии,
- биохимическое исследование крови: липидный профиль.
- контроль в динамике глюкозы крови, ОАК, ОАМ,
- график АД и пульса,
- ЭКГ.

4. Назначьте терапию. Обоснуйте свой выбор.

- антибактериальная таблетированная терапия препаратами первой линии: цефиксим 0,4 гр. 1 р/день или левофлоксацин 0,5 – 0,75 гр. 1 р/день 10 -14 дней.
- на фоне соблюдения диеты, продолжить сахароснижающую терапию в прежнем режиме
- метформин 2000 мг /с,
- продолжить плановую гипотензивную терапию - валсартан 40 – 80 мг/сутки, при повышении АД по требованию - капотен 12,5 – 25 мг. под язык.

5. Через 10 дней после лечения нормализовался общий анализ мочи – белка нет, лейкоциты 1-2 в поле зрения, нормализовался общий анализ крови – лейкоциты $5 \cdot 10^9$, СОЭ 10 мм/ч. Продолжали оставаться нормальными целевыми АД – 130/80 и гликемия 5.5 ммоль/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Коррекция образа жизни с целью снижения инсулинорезистентности:

- коррекция уровня ФА,
- снижение массы тела,
- отказ от курения,
- продолжить сахароснижающую и гипотензивную терапию в объеме до обострения хронического пиелонефрита,
- «Д» учет у терапевта в поликлинике по м/ж по Артериальной гипертензии, Сахарному диабету.

Ответы к задаче 11

Вариант 1.

Предположите наиболее вероятный диагноз?

Основной. Сахарный диабет 2 типа. Впервые выявленный.

Сопутствующий. Ожирение 1 степени - ИМТ 31 кг/м^2 . Гипертоническая болезнь II ст. Риск IV. Дислипидемия. Гипертрофия левого желудочка. Жировой гепатоз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз?

- Сахарный диабет диагностируется на основании гипергликемии натощак - 9,2 ммоль/л, глюкозурии. 2-ой тип СД обусловлен: возрастом больного - 52 года, наличием ожирения по абдоминальному типу (ОТ 100 см), наличием артериальной гипертонии, а также

отсутствием клинических проявлений диабетического синдрома (жажда, сухость во рту, похудание).

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента?

- Гликемический профиль, гликозилированный гемоглобин, С-пептид, кетоновые тела крови, ацетон в моче, К, Na, креатинин крови, моча на микроальбуминурию. Консультация окулиста (осмотр глазного дна). Эхо-КГ.

Назначьте терапию. Обоснуйте свой выбор?

- Модификация образа жизни с целью снижения массы тела: Диета с ограничением суточного калоража за счет ограничения жиров животного происхождения, исключения легкоусвояемых углеводов.

Дозированная физическая активность – рекомендуются аэробные физические упражнения продолжительностью 30–60 минут, предпочтительно ежедневно, но не менее 3 раз в неделю (ходьба быстрым шагом, плавание). Суммарная продолжительность – не менее 150 минут в неделю.

С целью снижения инсулинорезистентности и уменьшения продукции глюкозы печенью рекомендован прием бигуанидов – Метформин по 1.500 – 2000 мг. в сутки (начальная доза – 500 мг во время ужина).

Гипотензивная терапия (нолипрел А ФОРТЕ 5/1,25 периндоприл + индопамид).

Гиполипидемическая терапия - статины (аторвастатин 10 мг 1 раз в день начальная доза) под контролем АЛТ, АСТ.

Через 6 месяцев регулярной терапии – АД колеблется в пределах 150-160/90-95 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, Нв А1с 6.5%, общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, креатинин – 88 мкмоль/л, альбуминурия – 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

В результате лечения (через 6 месяцев):

- достигнуты целевые значения НвА1с и глюкозы натощак (для данного больного целевое значение НвА1с < 7% (у пациента-6.5%), глюкозы натощак < 7 ммоль/л (у пациента 5,4 ммоль/л);

- не достигнуты целевые значения общего холестерина и ЛПВП (ОХ < 4,5 ммоль/л, ЛПВП > 1,0 ммоль/л), у пациента 4,5 ммоль/л и 1,2 ммоль/л соответственно;

- не достигнуты целевые значения АД ≤ 140/85 мм.рт.ст (у пациента АД колеблется в пределах 150-160/90-95 мм рт.ст.),

- выявлена микроальбуминурия, что свидетельствует о наличии у больного ХБП С 2А1 (СКФ по СКД-ЕРІ 85 мл/мин/1,73²).

На основании полученных данных необходимо увеличить дозу аторвастатина до 20 мг в сутки 1 раз в день, увеличить дозу Нолипрела - перевести пациента на прием Нолипрела А БИ-ФОРТЕ 10/2,5.

Вариант 2.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

- Гипертоническая болезнь 111 ст., АГ 3 степени, риск высокий (высокая артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение, СД2). СД2, Целевой уровень Нв А1с 6.5%. Жировой гепатоз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

ГБ длительно (гипертрофия левого желудочка), анамнез отягощен, наличие СД2 определяет 111 стадию ГБ и высокий риск. Повышенный ИМТ в рамках 1 степени, ОТ 100см – абдоминальное ожирение. Увеличение размеров печени без нарушения функции (см. данные УЗИ).

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Ан. Мочи по Зимницкому, креатинин крови и СКФ, гликемический профиль, суточная глюкозурия, альбуминурия, холестерин, ЛИНП, ЛПВП, триглицериды. ЭхоКГ.

4. Назначьте терапию. Обоснуйте свой выбор.

Диета с исключением простых углеводов, с ограничением поваренной соли (до 3 грамм в сутки), каллоража (1600 ккал в сутки), физическая активность (ежедневная ходьба, спортивные игры) с умеренной интенсивностью (ЧСС на высоте нагрузки от 50 до 70% от максимальной ЧСС), Кандесартан 8 мг с комбинации с индапамидом (Теветен плюс), метформин 500 мг 2 раза в день, статины (целевой уровень ЛПНП 1,8 ммоль/л), эссенциальные фосфолипиды в течение 2 месяцев.

5. Через 6 месяцев регулярной терапии – АД колеблется в пределах 150-160/90-95 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, Нв А1с 6.5%, общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, креатинин – 88 мкмоль/л, альбуминурия – 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. Показатели углеводного обмена пришли к целевым значениям, АД остается повышенным, что требует увеличения дозы сартанов (кандесартан 16 мг), в остальном терапию продолжить.

Ответы к задаче 14

ЭТАЛОН

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.

Фолликулярная ангина (острый тонзиллит).

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Дифференцированный диагноз: Острый лейкоз, протекающий с цитопенией, гипопластическая анемия, в.ч. со специфическими ангинами (инфекционный мононуклеоз, сифилитическая).

3. Назначьте лечение.

Антибиотики: внутрь Амоксициллин по 0,5х 3 раза/сут, при аллергии на пенициллины-макролиды внутрь (Кларитромицин 0,25х 3 раза/сут., Спирамицин 3 млн Ед 2 раза/сут.; Джозамицин 0,4 х 3 раза/сут. Антисептики для полоскания горла (мираместин, октенисепт, хлоргексидин); жаропонижающие средства: ибупрофен, кетопрофен, парацетамол, ибуклин).

4. Назначьте обследование, обоснуйте.

Обследование: ОАК клинический + Ретикулоциты, тромбоциты, гематокрит + МОР (для полноценной оценки гемограммы и исключения сифилитической ангины); биохимический анализ крови (определение острофазовых маркеров: СРБ, РФ, т.к. они могут быть повышены при вирусных инфекциях, сифилисе и пр.; исследование на АТ к АСЛО (маркер инфекционного и иммунного воспаления, исключить стрептококковую ангину и провести при необходимости профилактику острой ревматической лихорадки): ПЦР - для исключения специфических ангин. ЭКГ (для исключения осложнений- ревмокардита). Консультация ЛОР-врача.

5. На фоне проводимой терапии улучшения не наблюдалось, пациентка пришла на повторный амбулаторный прием к терапевту.

Получен результат общего анализа крови: гемоглобин - 118 г/л, эритроциты – 3,8х10¹²/л, ЦП- 0,93, ретикулоциты - 0,8%, тромбоциты – 190х10⁹/л, лейкоциты - 1,0х10⁹/л, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 10%, эозинофилы – 0%, базофилы – 0%, моноциты – 3%, лимфоциты – 86%, СОЭ - 23 мм/ч.

Поставьте диагноз. Какова дальнейшая тактика ведения пациентки?

Предположительный диагноз: Гипопластическая анемия.

(Клиника характерна для гипопластической анемии: острое начало, лихорадка, при тяжелых формах может быть ангина фолликулярная с увеличением региональных л/узлов, печень и селезенка не увеличены, что характерно для гипопластической анемии; есть в анамнезе этиологический фактор - прием диклофенака. ОАК: нормохромная анемия, снижение ретикулоцитов, тромбоцитов норма (150-400), лейкоцитопения + нейтропения, относительный лимфоцитоз, анэозинофилия указывает на плохой прогноз при инфекционном процессе).

Тактика: направление в онкодиспансер для консультации гематолога с целью исследования мазка крови и проведения пункции костного мозга для оценки миелограммы и уточнения диагноза, т.к. дифференциальный диагноз необходимо проводить, прежде всего, с острым лимфобластным лейкозом.

Ответы к задаче 15

ЭТАЛОН

1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте.

Внебольничная пневмония, нижнедолевая справа, нетяжелое течение. ДН-0 ст.

Диагноз выставленна основании синдромов: лихорадки, интоксикации, воспалительной инфильтрации легочной ткани. Признаков ДН - нет; нетяжелое течение (по шкале CRB-65- 0 баллов).

2. Назначьте обследование, обоснуйте.

Обследование: Рентгенография ОГК в 2-х проекциях, ОАК клинический, анализ мокроты (мазок) на атипичные клетки, окраска по Цилю-Нильсону на ВК.

3. Пациенту проведена рентгенограмма лёгких в прямой и боковой проекции – выявлены инфильтративные изменения в нижней доле правого лёгкого.

Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония. Назначьте лечение.

Лечение: Амоксициллин (Флемоксин солютаб) по 500 мгх3 раза в сутки или по 1000х2 раза/сут на 7-10 дней, при непереносимости пенициллина- 16-членные макролиды (Спирамицин 3 млн Ед 2 раза/сут.; Джозамицин 0,4 х 3 раза/сут.).

4. Несмотря на проводимую терапию состояние больного ухудшалось, мокрота стала зелёной, симптомы интоксикации усилились. Через 3 дня пациент явился на повторный приём к врачу поликлиники. Получен результат общего анализа крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты – 4,2х10¹²/л, ЦП 0,91, ретикулоциты - 1,0%. тромбоциты – 220х10⁹/л, лейкоциты - 0,9х10⁹/л, п/я - 2%, с/я - 8%, эозинофилы – 0%, базофилы – 0%, моноциты – 4%, лимфоциты – 86%, СОЭ - 30 мм/ч. Установите окончательный диагноз, обоснуйте

Генуинный агранулоцитоз (причина неизвестна, препаратов, которые могли бы вызвать агранулоцитоз, больной не принимает), (подозрение на острый лейкоз), правосторонняя нижнедолевая пневмония (возможно абсцедирующая - появилась гнойная мокрота на фоне антибиотикотерапии, симптомы интоксикации усилились, состояние ухудшилось).

5. Дальнейшая тактика лечения пациента.

Госпитализация в пульмонологическое отделение (учитывая Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония, ухудшение состояния, интоксикации), дообследование (КТ органов грудной клетки, мазок крови, консультация гематолога).

Ответы к задаче 16

Вопросы:

1. Предложите план обследования пациента, обоснуйте.

2. Пациенту проведено обследование: ЭХОКГ – полости сердца не расширены, ФВ 56%. Толщина задней стенки ЛЖ – 13 мм, толщина межжелудочковой перегородки – 18 мм, индекс массы миокарда – 132 г/м². Ваши дальнейшие действия для постановки диагноза? Обоснуйте свой выбор
3. По результатам самостоятельного контроля АД и СМАД у пациента регистрируются нормальные значения АД. По результатам лабораторно-инструментального обследования не выявлено поражение других органов-мишеней, факторов риска нет. Поставьте окончательный диагноз.
4. Обоснуйте диагноз.
5. Назначьте терапию, дайте рекомендации.

1. Лабораторные исследования. Для исключения других кардиологических заболеваний необходимо проводить биохимическое исследование крови липидный спектр, маркеры некроза миокарда, электролитный состав крови, глюкоза сыворотки крови, оценку функционального состояния почек, печени и общеклинические исследования крови и мочи.

Инструментальные исследования: ЭКГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ, МРТ.

Электрокардиография. Всем пациентам необходимо записывать ЭКГ в 12 отведениях.

Наиболее типичные признаки гипертрофической кардиомиопатии: перегрузка и/или гипертрофия ЛЖ; отрицательные зубцы Т в грудных отведениях, что связано с выраженной ассиметричной гипертрофией миокарда ЛЖ; глубокие атипичные зубцы Q во II, III и aVF отведениях;

Рентгенография органов грудной клетки. При рентгенологическом исследовании у большинства пациентов обнаруживают признаки увеличения ЛЖ и ЛП. реже — дилатацию восходящей аорты, однако, в ряде случаев тень сердца может быть нормальной.

Холтеровское мониторирование - для оценки нарушений ритма сердца, выявления факторов риска ВСС. Выявление нестойкой ЖТ, ФП, признаков ишемии миокарда свидетельствует о повышенной риске ВСС.

ЭхоКГ — «золотой» стандарт в диагностике ГКМП. Критерии диагностики:

Ассиметричная гипертрофия миокарда левого желудочка - толщина межжелудочковой перегородки более 15 мм при нормальной или увеличенной толщине задней стенки ЛЖ.

Коронарография. Выполняют при ГКМП и частыми приступами стенокардии и у лиц старше 40 лет.

Генетическое картирование. ДНК-анализ мутантных генов — наиболее точный метод верификации диагноза ГКМП. Генетический анализ показан пациентам при сомнительном диагнозе и наличии наследственной предрасположенности.

2. Холтеровское мониторирование - для оценки нарушений ритма сердца, выявления факторов риска ВСС. Выявление нестойкой ЖТ, ФП, признаков ишемии миокарда свидетельствует о повышенной риске ВСС.

Коронарография. Выполняют при ГКМП и частыми приступами стенокардии и у лиц старше 40 лет.

Генетическое картирование. ДНК-анализ мутантных генов — наиболее точный метод верификации диагноза ГКМП. Генетический анализ показан пациентам при сомнительном диагнозе и наличии наследственной предрасположенности.

3. Гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия. ХСН I, ФК II.

4. Обоснование диагноза. Жалобы на синкопальные состояния при физической нагрузке. Данные ЭКГ и ЭхоКГ - толщина межжелудочковой перегородки –18 мм, индекс массы миокарда – 132 г/м².

5. Лечение и рекомендации. Цели лечения: уменьшение клинических симптомов заболевания, замедление прогрессирования ХСН, профилактика ВСС и тромбоэмболии.

Показания к госпитализации:

Ухудшение симптомов ХСН.

Нарушения ритма сердца: впервые возникшие, гемодинамически значимые, жизнеугрожающие.

Мозговая симптоматика (синкопальные, пресинкопальные состояния).

Упорные ангинозные боли.

Немедикаментозное лечение:

Снижение избыточной массы тела.

Отказ от употребления алкоголя и курения.

Исключение интенсивных физических нагрузок.

Пациентам с клиническими проявлениями заболевания и обструкцией выходного отдела ЛЖ. используют β -адреноблокаторы и антикоагулянты.

β -адреноблокаторы назначают в максимально переносимой дозе

Верапамила (при отсутствии эффекта от β -адреноблокаторы и пациентов с астмой).

При развитии ХСН лечение осуществляют по стандартам ведения пациентов с недостаточностью кровообращения.

Ответы к задаче 17

ЭТАЛОН

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), 2-я степень (В).

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Обоснование диагноза ГЭРБ: на основании симптомов изжоги и регургитации, возникающие при перемене положения тела.

(ГЭРБ), 2-я степень (В) по Лос-Анджелеской классификации, 1994 (при эндоскопии отдельные нессливающиеся эрозии дистального отдела пищевода размером до 5 мм).

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

План:

-Тест с ИПП (омепразолом 20мг утром и вечером или рабепразолом в полной суточной дозе) 7 дней.

-РН-метрия 24-часовая (помогает выявить «патологические» рефлюксы;

- Эндоскопическая хромокопия (метиленовый синий и пр.) не показаны, т.к. «стаж» болезни небольшой, эндоскопическая картина 2-я стадия (нет подозрений на пищевод Баррета).

- Монометрия пищевода: изучает моторику, давление в разных отделах.

4. Назовите группы лекарственных препаратов и 1– 2 их представителей в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Группы препаратов:

-альгинаты (Гевискон),

-ингибиторы протонной помпы- наиболее эффективный контроль желудочной секреции, особенно препараты последнего поколения (*омепразол*- Омез, Ультоп, Инста; *рабепразол*- Париет; *пантопразол*-Контролак; *эзомеразол*- Нексиум, Эманера);

-Прокинетики: церукал (Реглан, Церукал), домперидол (Мотилиум, Мотилак); итоприда гидрохлорид (Ганатон, Итомед); тримебутин (Тримедат);

-Антациды: альмагель, Маалокс.

-H₂- блокаторы: фомотидин (гастросидин, кваматер), ранитидин (зантак, Ранисан): назначают по показаниям, т.к. не дают полного контроля желудочной секреции)

5. Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациентке?

Рекомендации: дробный прием пищи, исключить продукты, вызывающие изжогу (жирную, кислую, кофеинсодержащую, газированные напитки и пр.), отказ от «позднего» ужина, «высокий головной конец» кровати во время сна, не наклоняться/ложиться 40-60 мин после еды, не носить стягивающую /стесняющую одежду; похудеть (ИМТ=31 кг/м²-ожирение I степени); исключить курение и алкоголь. Исключить подъем тяжестей и работы «в наклон».

Ответы к задаче 18

ЭТАЛОН

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Железодефицитная анемия, обусловленная меноррагиями.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз установлен на основании синдромов: сидеропении (выпадение волос, ломкость ногтей, сухость кожи, ногти с выраженной продольной исчерченностью, «ложкообразные», диффузная алопеция и циркуляторно-гипоксемического синдрома (слабость, головокружение, тоны сердца: ослабление I и II тона во всех точках при аускультации; ЧСС-90 уд в минуту- тахикардия. АД - 100/70 мм рт. ст.-гипотония).

Железодефицит связан с хроническими кровопотерями: страдает меноррагией – месячные обильные, затяжные, по 7-10 дней каждые 28 дней. АЧТВ -26 с (норма 28-38 сек) , фибриноген- норма (2-4г/л).

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

План обследования:

Необходимо исследовать:

-сывороточное железо (отмечается при железодефицитном состоянии снижение показателя менее 11 мкмоль/л у женщин при норме 13-30 мкмоль/л);

-общую железосвязывающую способность сыворотки (отмечается повышение показателя ЖССС, норма в среднем 30-85 мкмоль/л)

- ферритин сыворотки крови (уменьшение показателя) - менее 10 мкг/л (норма в среднем 15-200 мкг/л). Ферритин плазмы - мера депо железа и лучший тест для подтверждения дефицита железа.

4. Через 2 дня пациентка пришла на повторный прием с результатами анализов: клинический анализ крови: гемоглобин - 95 г/л, эритроциты - $1,12 \times 10^{12}/л$. MCV 75 фл, MCH 22 пг, ретикулоциты - 0,9%, тромбоциты – $226 \times 10^9/л$, лейкоциты - $4,9 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 4% , сегментоядерные - 51%, моноциты – $0,10 \times 10^9/л$, лимфоциты – $1,7 \times 10^9/л$, СОЭ - 36 мм/ч. Сывороточное железо - 4,2 мкмоль/л, ОЖСС -82 мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина - 23,5%, АЧТВ -26 с, ПТВ 14 с, фибриноген - 3,1 г/л. Консультация гинеколога назначена на следующий день. Назначьте лечение.

У пациентки подтверждена гипохромная микроцитарная (MCV 75 фл, MCH 22 пг) анемия (геморрагической этиологии), легкой степени тяжести (по гемоглобину - 95 г/л), есть уменьшение сывороточного железа - 4,2 мкмоль/л, ОЖСС - 82 мкмоль/л (норма).

Лечение: проводится железосодержащими препаратами (по ВОЗ - препараты двухвалентного сульфата железа, т.к. они лучше всасываются и дешевле: Тардиферон, Сорбифер дурулес, Ферроградумет, Гемофер, Феррокаль и пр. Однако врач, исходя из своего опыта или предпочтений, может назначить препараты 2 поколения: фумараты (Ферронат, Хеферол) или 3 поколения: Ферлатум, Тотема, Гемостимулин (глюконаты, лактаты, сукцинаты железа). Они менее токсичны, меньше взаимодействуют с компонентами пищи и лекарствами.

Принципы лечения: -купирование значимой сидеропении невозможно только за счет диеты, -терапия ферросодержащими препаратами «малыми дозами», -«длительная терапия насыщения» до 4-6 мес. Курс лечения должен быть не менее 3-х месяцев (1 этап -

купирование анемии - 1 мес., 2 этап - «терапия насыщения» - 2-3 мес., третий этап – профилактика - курсами по 10-15 дней каждого месяца при неустранимой причине).

5. Через 2 месяца регулярной терапии железосодержащим препаратом пациентка сдала повторный анализ крови: клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}$ /л, MCV 82 фл, MCH 28 пг, ретикулоциты - 1,2%. тромбоциты – 260×10^9 /л, лейкоциты - $5,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные- 6%, сегментоядерные- 55%, моноциты – $0,10 \times 10^9$ /л, лимфоциты – $1,4 \times 10^9$ /л, СОЭ - 17 мм/ч. Пациентка также наблюдается у гинеколога, принимает терапию по поводу меноррагий, отмечает нормализацию месячных.

Охарактеризуйте изменения в анализах. Ваши дальнейшие действия?

Ответы к задаче 19

1. Правосторонняя почечная колика.
2. Имеет место характерная клиническая картина, болевой синдром с иррадиацией в поясницу и в область правого мочеточника, умеренный лейкоцитоз, рентгенологически – тень конкремента в области в/3 мочеточника.
3. Общий анализ крови и мочи в динамике, УЗИ, КТ.
4. Дифференцировать необходимо в первую очередь с острым аппендицитом, острой гинекологической патологией (внематочная беременность, перекрут кисты яичника, апоплексия яичника справа).
5. Неотложная госпитализация в урологическое отделение, назначение спазмолитической терапии, динамический лабораторный и инструментальный контроль. При отхождении конкремента тактика консервативная, при отсутствии динамики на спазмолитической терапии – хирургическое лечение.

Ответы к задаче 20

Вариант 1.

Сформулируйте диагноз пациентки?

-ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием. Постоянная тахисистолическая форма фибрилляции предсердий. Дислипидемия.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз?

-Диагноз ИБС верифицирован: 3 месяца назад перенесла ОИМ, по КАГ – стенозы коронарных артерий. Проведено стентирование ПКА. Клиники стенокардии сейчас нет, ИМ 3 месяца назад – поэтому диагноз постинфарктный кардиосклероз. Фибрилляция предсердий носит постоянный характер, т.к. верифицирована в течение 3 лет и попытки восстановления ритма безуспешны.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента?

- ЭХОКГ – для выявления структурных изменений в сердце. Оценить размеры камер сердца, состояние клапанного аппарата, сократительную способность миокарда, легочную гипертензию, наличие тромбов в полостях сердца.

ЧПЭхоКГ – для выявления тромбов в левом предсердии (ушко левого предсердия)
ДС с ЦДК брахицефальных артерий (у больного имеется АГ, снижение памяти) для выявления значимых стенозов сонных артерий.

ФГС – в анамнезе язвенная болезнь (перед назначением антикоагулянтов)

Анализ крови на гормоны щитовидной железы- ТТГ – для исключения поражения щитовидной железы и связанной с этим ФП.

Калий крови – для исключения гипокалиемии. Креатинин крови с определением СКФ, АЛТ, АСТ – перед назначением антикоагулянтов и статинов для оценки функции печени и почек.

Коагулограмма, кровь на МНО – при назначении варфарина.

Перечислите группы препаратов, сроки их применения, которые должны быть рекомендованы для приема пациентке. Обоснуйте их применение?

- У больной 4 бала по шкале риска CHA2DS2VASc (женский пол, возраст 75 лет, перенесенный инфаркт миокарда) – показан прием пероральных антикоагулянтов. После чрескожного коронарного вмешательства у больной с острым инфарктом миокарда показано применение тройной антитромботической терапии (антагонист витамина К-варфарин +клопидогрель 75 +аспирин 75 мг) в течение 6 месяцев. В дальнейшем до 1 года после стентирования следует продолжить терапию комбинацией АВК (варфарин)+клопидогрель 75 мг или аспирин 75-100 мг. После года при стабильном течении ИБС возможна монотерапия АВК.

Для урежения ритма предпочтительнее прием бета-адреноблокаторов (учитывая перенесенный инфаркт миокарда).

Статины – для вторичной профилактики.

Учитывая жалобы пациентки на сердцебиение, несмотря на прием препаратов, перечисленных в прошлом вопросе, какова дальнейшая лечебная тактика?

Обоснуйте Ваш выбор.

-Добавить сердечные гликозиды – дигоксин 0,00025 по ½ таб в день под контролем ЧСС, учитывая наличие тахикардии в покое. Дигоксин показан больным с сердечной недостаточностью, дисфункцией ЛЖ или ведущим малоподвижный образ жизни. Если другие средства неэффективны или противопоказаны, для контроля ЧСС можно применять амиодарон внутрь. При неэффективности медикаментозной терапии рассмотреть вопрос об аблации АВ-узла.

Вариант 2.

1. Сформулируйте диагноз пациентки.

ИБС: ПИК (дата). Состояние после трансбаллонной ангиопластики и стентирования ПКА. НРС – персистирующая фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. Неэффективная ЭИТ (даты проведения). ХСН I ст., II ф.кл. по NUHA. Гипертриглицеридемия.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Перенесенный ИМ и наличие в анамнезе персистирующей формы НРС по типу ФП, клинические формы ИБС. В настоящее время жалобы связаны с наличием в клинике тахиформы ФП (ЧЖС ≈ 140 уд. в мин., пульс ≈ 110 уд. в мин, высокий дефицит пульса ≈ 30 уд. вмин.), неэффективностью гемодинамики со снижением ФВ и минутного объема сердечного выброса. Стадия и ф.кл. ХСН требуют уточнения.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

- ОАК,

- ОАМ,

- МОР,

- биохимическое исследование крови: глюкоза крови, АСТ, АЛТ, общий билирубин, креатинин.

- электролиты крови (K⁺, Cl⁺),

- коагулограмма,

- структурно-функциональное состояние щитовидной железы: УЗИ ЩЖ, ТТГ.

- Rg-графия ОГК в прямой проекции,

- ЭКГ,
- ЭХО – КС,
- график АД и пульса,
- тест с физической нагрузкой (6-минутная шаговая проба) после стабилизации состояния (нормокардии) на фоне подбора антиаритмической терапии,
- консультация кардиолога.

4. Перечислите группы препаратов, сроки их применения, которые должны быть рекомендованы для приема пациентке. Обоснуйте их применение.

- постоянная антиаритмическая терапия - сердечные гликозиды или амиодарон (после исключения патологии ЩЖ), учитывая нормотонию;
- при повышении АД на фоне нормализации ЧЖС, рассмотреть возможность применения кардиоселективных β -адреноблокаторов с титрованием дозы под контролем АД,
- антиагреганты постоянно,
- рассмотреть возможность постоянного приема антикоагулянтов при подтверждении легочной гипертензии,
- липидснижающая терапия – статины с подбором дозы постоянно.

5. Учитывая жалобы пациентки на сердцебиение, несмотря на прием препаратов, перечисленных в прошлом вопросе, какова дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.- консультация кардиолога, аритмолога.

Ответы к задаче 21

1. Наиболее вероятный диагноз. Гипертоническая болезнь III ст. 3-й степени, риск 4. ИБС, постинфарктный кардиосклероз (январь 2016 г.). Неосложненный гипертонический криз.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб (на головную боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами), возраста, анамнеза (длительно страдает артериальной гипертензией с повышением АД до 210/110 мм рт. ст.), острый нижний инфаркт миокарда (январь 2016 г.) данных объективного исследования, липидограммы, коронарографии.

3. План дополнительного обследования. Рентгенограмма органов грудной клетки. Оценивают конфигурацию сердца, состояния аорты, признаки заболеваний легких и сосудов (ТЭЛА, пневмония). При повышении уровня D-димеров, возможно, потребуется проведение КТ-ангиографии легких.

Для диагностики клапанной патологии используется эхокардиография. Следует обращать внимание на размеры левого и правого предсердий, размер и функцию левого желудочка (фракция выброса), признаки гипертрофии левого желудочка, состояние перикарда.

Чреспищеводное УЗИ сердца применяется, для исключения/подтверждения наличия тромбов в левом предсердии. При подозрении на пароксизмальную форму мерцательной аритмии можно применять холтеровский мониторинг ЭКГ.

4. Группы препаратов. Больному необходим постоянный прием гипотензивных препаратов: ингибиторы АПФ или сартаны – БАР, блокаторы кальциевых каналов (дигидропиридины II или III поколения), тиазидные диуретики

5. Пароксизмальная фибрилляция предсердий. Поскольку у пациента имеются органические поражения миокарда пациенту можно рекомендовать фармакологическое восстановление синусового ритма амиодароном 5 мг/кг в/в капельно в течение 1ч (эффект в течение 24ч), затем 1,2 – 1,8 г в день внутривенно или внутрь до суммарной дозы 10,0г, затем 200 – 400 мг/сутки внутрь. Учитывая органические изменения миокарда целесообразно контролировать частоту сердечных сокращений β -адреноблокаторами (метопролол 100 – 200 мг один раз в день) на фоне антиагрегантной (аспирин) и антикоагулянтной (фарфарин под контролем МНО) терапии.

Ответы к задаче 22

Вариант 1.

Предположите наиболее вероятный диагноз?

-ИБС. Стабильная стенокардия напряжения I ФК. Гипертоническая болезнь 3 стадия, степень 2, риск 4. Ожирение 1 степени. Дислипидемия.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

- Характерная клиническая картина ИБС (приступообразные боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, возникающие во время быстрой ходьбы, интенсивной физической нагрузке, сопровождающиеся чувством страха, купирующиеся в покое), наличие факторов риска ИБС (мужской пол, гипертония, курение, отягощенный семейный анамнез, ожирение, гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия), отсутствие эффекта от лечения «межреберной невралгии»

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента?

-ВЭМ или Тредмил. (для подтверждения стенокардии и диагностирования функционального класса) Холтеровское мониторирование ЭКГ (выявить признаки ишемии аналогичные как при ВЭМ, сопровождаемые болью или эпизоды без болевой ишемии, но может не выявиться ничего, если пациент не выполнял каких-либо нагрузок)

ЧПСП (При увеличении ЧСС могут появиться признаки ишемии аналогичные как при ВЭМ).

ЭХО-КГ (выявить признаки атеросклероза аорты, а при доплерографии поражения проксимальных частей коронарных артерий, выявляются признаки рубцовых изменений миокарда, аневризмы сердца и дифференциальная диагностика с другими заболеваниями сердца).

Стресс-ЭХО-КГ (для выявления участков ухудшения сократимости на фоне нагрузки).

Коронарография (является золотым стандартом исследования при стенокардии для ее диагностики и решения вопроса о методах реваскуляризации, существенным считается сужение коронарной артерии более 50%).

ДС с ЦДК БЦА (выявить признаки атеросклероза брахиоцефальных артерий)

Сахар крови.

Какие группы лекарственных препаратов необходимо назначить пациенту?

Обоснуйте свой выбор.

- Нитраты (для купирования приступа стенокардии применяются быстродействующие формы нитратов: нитроглицерин – 0.5-1 мг под язык или изосорбид динитрат – 5-10 мг под язык. Эти препараты применяются и в виде спрея (нитроспрей, изокет-спрей-1.25мг) 1-3 орошения полости рта с интервалом в 30 сек.

β-адреноблокаторы (предупреждение приступов стенокардии за счет снижения ЧСС до 50-55 в мин и АД в покое, уменьшаются их прирост при нагрузке, это снижает потребность миокарда в кислороде)

Антитромбоцитарные препараты (подавляют агрегацию тромбоцитов и препятствуют формированию тромбов в коронарных артериях)

Статины (длительная липидснижающая терапия обязательна при всех формах ИБС на фоне строгой гиполипидемической диеты, целевой уровень ХсЛНП <1,8 ммоль/л (<70 мг/дл) или на >50% от исходного уровня)

иАПФ (назначение ингибиторов АПФ следует обсудить у больных ИБС особенно при сопутствующей АГ)

На стресс-ЭХО-КГ выявлено ухудшение сократимости в 4 сегментах. Ваша дальнейшая тактика ведения больного?

-У пациента повышенный риск инфаркта миокарда, необходимо провести коронарографию и по ее результатам определить тактику инвазивного вмешательства (АКШ или стентирование).

Вариант 2.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

ИБС. Нестабильная стенокардия (впервые возникшая). Или: ОКС (впервые возникшая стенокардия).

Гипертоническая болезнь III ст., риск 4. ХСН 0 ст., I ф.кл. по NУНА.

Гиперхолестеринемия.

Ожирение I ст. (ИМТ – 33,91 кг/м²).

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Согласно жалобам, у пациента имеются ангинозные боли (приступообразные боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, возникающие во время быстрой ходьбы, интенсивной физической нагрузке, сопровождающиеся чувством страха, котирующиеся в покое), которые возникли впервые и их длительность до 2 мес. Согласно классификации стенокардии, следует думать о впервые возникшей стенокардии, которая расценивается как нестабильная стенокардия. Имеются факторы риска ИБС в виде курения (по 20 сигарет в сутки), умеренного употребления алкоголя, длительной артериальной гипертензии без проведения плановой терапии, лабораторно подтвержденной гиперхолестеринемия, что предполагает к возникновению и прогрессированию атеросклеротического повреждения сосудов. Имеется отягощенная наследственность по ИБС.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

- Сито! - ЭКГ.

Показана экстренная госпитализация в блок интенсивной терапии первичного сосудистого отделения (кардиологический профиль).

По предварительному диагнозу обследование в объеме:

- Тропаниновый тест,
- ОАК,
- ОАМ,
- МОР,
- биохимическое исследование крови: глюкоза крови, АСТ, АЛТ, общий билирубин, креатинин.
- электролиты крови (K⁺, Cl⁺),
- коагулограмма,
- Rg-графия ОГК в прямой проекции,
- ЭКГ,
- ЭХО – КС,
- график АД и пульса.

4. Какие группы лекарственных препаратов необходимо назначить пациенту?

Обоснуйте свой выбор.

- нитраты сублингвально по требованию,
- б-блокаторы,
- иАПФ,
- антиагреганты и антикоагулянты,
- липидснижающая терапия – статины с подбором дозы постоянно.

5. На стресс-ЭХО-КГ выявлено ухудшение сократимости в 4 сегментах. Ваша дальнейшая тактика ведения больного?

- консультация кардиолога, кардиохирурга для решения вопроса о проведении коронарографии.

Вариант 1.

Предположите наиболее вероятный диагноз?

- ИБС. Стабильная стенокардия напряжения II ФК. Ожирение 2 степени. ГЛЖ. Дислипидемия. ХОБЛ ?

Обоснуйте поставленный Вами диагноз?

- Характерная клиническая картина ИБС (боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, преимущественно возникающие при быстрой ходьбе или при подъёме по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе, купирующиеся приёмом 1 таблетки нитроглицерина сублингвально), наличие факторов риска ИБС (мужской пол, возраст, курение, алкоголизм, ожирение, гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия). В пользу ХОБЛ – длительный стаж курения, ИК = 480, в лёгких дыхание жёсткое.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента?

- ВЭМ или тредмил (для подтверждения стенокардии и диагностирования функционального класса).

Холтеровское мониторирование-ЭКГ (выявить признаки ишемии аналогичные как при ВЭМ, сопровождаемые болью или эпизоды без болевой ишемии, но может не выявиться ничего, если пациент не выполнял каких-либо нагрузок).

ЧПСП (При увеличении ЧСС могут появиться признаки ишемии аналогичные как при ВЭМ).

ЭХО-КГ (выявить признаки атеросклероза аорты, а при доплерографии поражения проксимальных частей коронарных артерий, выявляются признаки рубцовых изменений миокарда, аневризмы сердца и дифференциальная диагностика с другими заболеваниями сердца).

Стресс-ЭХО-КГ (для выявления участков ухудшение сократимости на фоне нагрузки).

Коронарография (является золотым стандартом исследования при стенокардии для ее диагностики и решения вопроса о методах реваскуляризации, существенным считается сужение коронарной артерии более 50%).

ДС с ЦДК БЦА (выявить признаки атеросклероза брахиоцефальных артерий).

Сахар крови.

Спирометрия (оценить функцию внешнего дыхания: ОФВ1, ФЖЕЛ, ОФВ1/ФЖЕЛ).

Какие группы лекарственных препаратов необходимо назначить пациенту?

Обоснуйте свой выбор.

- Нитраты (для купирования приступа стенокардии применяются быстродействующие формы нитратов: нитроглицерин – 0.5-1 мг под язык или изосорбид динитрат – 5-10 мг под язык. Эти препараты применяются и в виде спрея (нитроспрей, изокет-спрей-1.25мг) 1-3 орошения полости рта с интервалом в 30 сек.

β-адреноблокаторы (предупреждение приступов стенокардии за счет снижения ЧСС до 50-55 в мин и АД в покое, уменьшаться их прирост при нагрузке, это снижает потребность миокарда в кислороде) При подтверждении диагноза ХОБЛ рассмотреть назначение кардиоселективных β-адреноблокаторов, антагонистов кальция или блокаторов if-каналов.

Антитромбоцитарные препараты (подавляют агрегацию тромбоцитов и препятствуют формированию тромбов в коронарных артериях).

Статины (длительная липидснижающая терапия обязательна при всех формах ИБС на фоне строгой гиполипидемической диеты, целевой уровень ХсЛНП <1,8 ммоль/л (<70 мг/дл) или на >50% от исходного уровня).

иАПФ (назначение ингибиторов АПФ обосновано учитывая у пациента ГЛЖ).

На стресс-ЭХО-КГ выявлено ухудшение сократимости в 4 сегментах. Ваша

дальнейшая тактика ведения больного?

- У пациента повышенный риск инфаркта миокарда, необходимо провести коронарографию и по ее результатам определить тактику инвазивного вмешательства (АКШ или стентирование).

Вариант2.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

ИБС. Стенокардия напряжения II ф.кл. ХСН I ст., 2 ф.кл. по NУНА.

Гиперхолестеринемия.

Ожирение II ст. (ИМТ – 36,2 кг/м²).

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Согласно жалобам, у пациента имеются ангинозные боли, которые «возникли около двух лет назад, с тех пор выраженного прогрессирования заболевания не отмечал», что свидетельствует в пользу стабильного течения стенокардии и соответствует II ф.кл. (преимущественно возникающие при быстрой ходьбе или при подъеме по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе).

Имеются факторы риска ИБС в виде курения (по 2 пачки в сутки), злоупотребления алкоголем и лабораторно подтвержденной гиперхолестеринемия, что является причиной атеросклеротического повреждения сосудов.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

- ОАК,
- ОАМ,
- МОР,
- биохимическое исследование крови: АСТ, АЛТ, общий билирубин, глюкоза, креатинин крови.
- Rg-графия ОГК (ФГ) в прямой проекции,
- ЭКГ,
- ЭХО – КС,
- график АД и пульса,
- консультация кардиолога с решением вопроса о проведении функциональных проб с физической нагрузкой (велозергометрия, тредмил-тест) с целью уточнения функционального класса стенокардии и выработки дальнейшей тактики ведения.

4. Назначьте лечение и обоснуйте.

- нитраты сублингвально по требованию (препараты нитроглицерина),
- селективные б-адреноблокаторы (подбор дозы под контролем АД),
- при недостаточной антиангинальной терапии и/или невозможности увеличить дозу б-блокатора – нитраты длительного действия на постоянный (ди- и мононитраты) прием 1 раз в день в физически активный период дня с соблюдением «без нитратного окна»,
- антиагреганты,
- липидснижающая терапия – статины с подбором дозы постоянно.

5. При проведении стресс-эхокардиографии выявлено ухудшение локальной сократимости миокарда в 4 сегментах. Ваша тактика ведения?

- консультация кардиолога, кардиохирурга для решения вопроса о проведении коронарографии.

Ответы к задаче 24

Эталон:

1. Наиболее вероятный диагноз:

Внебольничный неосложненный хронический пиелонефрит, фаза обострения. ХБП С1, А3

2. Обоснование: обострение заболевания возникло вне стационара, признаков нарушения уродинамики нет, что позволяет говорить о внебольничном неосложненном пиелонефрите. В пользу наличия обострения свидетельствует снижение относительной плотности мочи, лейкоцитурия, протеинурия, ускорение СОЭ. ХБП С1 объясняется отсутствием снижения СКФ, АЗ- протеинурия, определяемая в общем анализе мочи соответствует уровню протеинурии более 300 мг/сутки.

3. План дополнительного обследования:

- бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к antimicrobial препаратам (необходимо с учетом хронического процесса и неоднократных обострений в анамнезе)

4. Дифференциальный диагноз:

- хронический гломерулонефрит: процесс всегда симметричен, протекает без выраженной лихорадки, сопровождается развитием отечного синдрома, синдрома артериальной гипертензии. В анализах мочи- протеинурия, цилиндрурия, эритроцитурия. Возможно развитие нефротического синдрома. Золотой стандарт диагностики – биопсия.

- туберкулез почки: в анамнезе – туберкулез других органов, в анализах мочи- гематурия, протеинурия, также в моче обнаруживаются микобактерии туберкулеза. Характерно при проведении урографии обнаружения рубцового сужения мочеточников, очагов деструкции почечной паренхимы.

5. Тактика лечения:

- эмпирическая antimicrobial терапия: фторхинолоны - цiproфлоксацин по 500 мг 2 раза в день; левофлоксацин 500 мг 1 раз в день; норфлоксацин по 400 мг 2 раза в день; офлоксацин по 200—400 мг 2 раза в день. Длительность antimicrobial терапии 10-14 дней.

-для усиления эффекта antimicrobial терапии – монурель 1 таб в течение 7 дней. В дальнейшем при возникновении неблагоприятных условий (переохлаждение и т.д.) – в целях профилактики по 1 таб. 7 дней.

Ответы к задаче 25

ЭТАЛОН

1. **Какие дополнительные исследования** в рамках первого этапа диспансеризации следует провести данному пациенту (**после опроса** на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, **антропометрии и измерения АД**)?

Скрининг ФР ХНИЗ на 1 этапе диспансеризации включает (все, что выделено жирным шрифтом):

- опрос, антропометрию (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии, расчет ИМТ), измерение артериального давления;
- определение суммарного сердечно-сосудистого риска;
- ЭКГ;
- осмотр фельдшера/акушерки с взятием мазка с шейки матки на цитологическое исследование;
- флюорографию легких;
- клинический анализ крови развернутый;
- анализ крови биохимический;
- общий анализ мочи;
- исследование кала на скрытую кровь (для граждан 45 лет и старше);
- определение простат-специфического антигена в крови (для мужчин старше 50 лет);
- УЗИ органов брюшной полости (в возрасте 39, 45, 51, 57, 63 и 69 лет);

- измерение внутриглазного давления (для граждан 39 лет и старше);
- прием врача-невролога (для граждан 51, 57, 63 и 69 лет);
- осмотр врача-терапевта

2. Какие исследования необходимо провести для выявления суммарного сердечно-сосудистого риска у данного пациента?

Для оценки индивидуального суммарного риска сердечно - сосудистых осложнений у больного (по SCORE) необходимо оценить: пол, возраст, факт курения, АД систолическое, общий холестерин.

3. Какие исследования в рамках первого и второго этапов диспансеризации направлены на скрининг онкопатологии у данного пациента?

Исследования (1-2 этап) диспансеризации направлены на скрининг онкопатологии у данного пациента (ему 54 года):

- флюорографию легких (рак легких);
- исследование кала на скрытую кровь (рак ЖКТ);
- определение простат-специфического антигена в крови (рак простаты);
- УЗИ органов брюшной полости (рак печени, поджелудочной железы, почек);

4. По результатам дополнительных исследований в рамках первого этапа диспансеризации у данного пациента уровень общего холестерина крови 3,4 ммоль/л, уровень глюкозы крови 4,1 ммоль/л, ЭКГ без отклонений от нормы. Оцените, каков суммарный сердечно-сосудистый риск для данного пациента (по SCORE)?

Индивидуальный суммарный сердечно-сосудистый риск заболеваний в течение ближайших 10 лет у данного пациента низкий (по SCORE риск равен 2%):

Мужчина, 54года, не курит, ОХ -3,4 ммоль/л (норма), АД – 127/82 (норма).

5. Какие рекомендации по изменению образа жизни Вы дадите пациенту?

Рекомендации по образу жизни:

- избегать стрессовых ситуаций (финансовый советник)
- увеличить физическую нагрузку (низкая физическая активность0;
- похудеть: ИМТ- 29,8 кг/м²- предожирение , окружность талии 98 см (норма 94 см), рекомендована диета с уменьшением суточного калоража.

Ответы к задаче 27

Какие основные рекомендации следует дать пациенту?

-Основной рекомендацией является отказ от курения и избегать переохлаждения. Табакокурение является основным модифицируемым фактором риска предотвращения смертности. Курение негативным образом влияет на большинство органов человеческого организма. По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время в мире от заболеваний, связанных с курением табака каждые 6 секунд умирает один человек, а ежегодно по этой причине умирают 5 миллионов человек. С курением связана преждевременная смертность по причине злокачественных новообразований, заболеваний сердца, сосудов, хронических болезней легких. У курильщиков риск инфаркта миокарда в 4–5 раз выше, чем у некурящих. Рак легкого примерно в 90% случаев обусловлен длительным курением. У людей, выкуривающих по две или более пачек сигарет в день в течение 20 лет риск рака легкого повышен на 60–70% по сравнению с некурящими.

Опишите роль медицинских работников в стимулировании отказа от курения?

-Установлено, что врачебное вмешательство значительно повышает вероятность отказа пациента от курения. Врачу необходимо воспользоваться системным подходом для стимулирования отказа от курения:

- 1) При каждом обращении пациента спрашивать о курении;
- 2) Посоветовать отказаться от курения с персональными рекомендациями по снижению риска, в данном случае связать курение с хроническим кашлем и одышкой;
- 3) Оценить желание пациента прекратить курение;
- 4) Помочь с отказом от курения посредством консультирования и фармакологической поддержки;
- 5) Обеспечить контроль и поддержку отказа от курения.

Какие препараты фармакологической поддержки отказа от курения возможно использовать?

- Существуют два основных подхода к фармакологической поддержке отказа от курения:

- 1) никотин-заместительная терапия, которая может осуществляться в различных формах, таких как жевательная резинка с никотином, никотиновый пластырь, Табекс, никотиновый ингалятор и др.,
- 2) медикаменты, снижающие никотиновую зависимость, к ним относятся бупропион и варениклин.

Какие дополнительные методы исследования следует назначить данному пациенту?

-Проба с В2-агонистом, фибробронхоскопия, анализ мокроты общий, КУМ, чувствительность к антибиотикам, рентгенографию легких, клинический, биохимический анализ крови

Так как нельзя исключить хронический кашель, связанный с инфекциями верхних дыхательных путей, больному необходимо назначить рентгенографию (или компьютерную томографию) придаточных пазух носа.

Возможно ли диагностировать хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) у данного пациента?

- При постдилатационном показателе ОФВ1/ФЖЕЛ <0,7, выставляется диагноз ХОБЛ; необходимо провести пробу с В2-агонистом.

Ответы к задаче 28

Какой скрининг злокачественных новообразований шейки матки показан данной пациентке?

-На 1 этапе: Проведение маммографии обеих молочных желез, осмотр фельдшером (акушеркой), включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (при ее сохранении при проведении оперативного вмешательства по поводу удаления матки). На 2 этапе: УЗИ яичников, осмотр врачом акушер-гинекологом, при выявлении патологических изменений по результатам цитологического исследования мазка с шейки матки.

Какие дополнительные (к выполненному ранее опросу на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития и измерению АД) исследования показаны на первом этапе диспансеризации?

- Антропометрия (измерения роста стоя, массы тела, окружности талии,), расчет индекса массы тела
- 2) измерения АД
- 3) определение абсолютного суммарного сердечнососудистого риска
- 4) электрокардиография
- 5) осмотр фельдшером (акушеркой), включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки(наружного маточного зева и цервикального канала на цитологическое исследование

- 6) флюорография легких
- 7) маммография обеих молочных желез, при проведении в год прохождения диспансеризации компьютерной томографии маммография не проводится
- 8) определения уровня общего холестерина
- 9) клинический анализ крови
- 10) общий анализ мочи
- 11) исследования кала на скрытую кровь иммунохимическим методом
- 12) поджелудочной железы, матки, яичников
- 13) измерение внутриглазного давления
- 14) прием врача терапевта, включающий установление диагноза, определения группы диспансерного наблюдения и группы состояния здоровья, проведения краткого профилактического консультирования, включая рекомендации по ведению здорового образа жизни, в первую очередь по рациональному питанию и адекватным физическим нагрузкам).

С каким интервалом рекомендуется проводить маммографию для скрининга рака молочной железы у данной пациентки?

- 1 раз в год.

Что следует порекомендовать пациентке для снижения риска развития остеопороза?

- Поддержание здоровья – важнейшая мера профилактики остеопороза

Рекомендации по поводу здорового образа жизни, рациональному питанию и адекватной физической нагрузке, которые включают информирование о том, что физическая активность, которая необходима для поддержания здоровья – это ходьба в умеренном темпе не менее 30 минут в день большинство дней в неделю.

Профилактика остеопороза с помощью диеты основана, прежде всего, на потреблении кальция. Его недостаток в пище в период активного роста может сказаться на состоянии костей спустя много лет.

Кроме кальция, пища должна быть богата магнием и фосфором – то есть комплексом минералов, необходимых для питания костей, а также витамином D. Все это в избытке содержат кисломолочные продукты (особенно различные виды сыров), яичный желток, печень, морская рыба, свежая зелень и пророщенные злаки.

В рамках краткого и углубленного консультирования пациенты с изолированным фактором риска «нерациональное питание» должны получить совет по здоровому питанию:

- Контроль массы тела, как основного индикатора соблюдения принципа энергетического равновесия питания
- Внимание при покупке продуктов на срок годности, вес продукта его калорийность и состав (содержание белков, жиров, углеводов), указанные на этикетке
- Повышение повседневной двигательной активности
- Разнообразие рациона, что будет способствовать большей его сбалансированности, отказ от длительного применения односторонних несбалансированных рационов и диет;
- Употребление продуктов содержащих в достаточном количестве кальций, калий, магний
- Ограничение потребления поваренной соли (не более 5 г в сутки – 1 чайная ложка без верха),
- Ограничение потребления «добавленных» сахаров в виде сахара, варенья, джемов, в составе сладких напитков – до 30г в сутки;
- Ограничение животных жиров с частичной заменой на растительные жиры;
- Потребление 2-3 раза в неделю жирной морской рыбы;
- Потребление ежедневно 400-500 грамм фруктов и овощей (не считая картофеля)
- Предпочтительное потребление цельнозерновых продуктов (хлеб, крупы).

Каким образом результаты диспансеризации отражаются в медицинской документации?

- Учет граждан, прошедших каждый этап диспансеризации, включает заполнение карты учета диспансеризации и отчета о проведении диспансеризации по форме, утверждаемой в соответствии с частью 3 статьи 97 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. Учет граждан, прошедших каждый этап диспансеризации проводится на основе анализа Карт учета Д(ПО) с ежемесячным внесением его результатов в отчетную форму № 131/о «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения», утвержденную приказом Минздрава России от 05.03.2015 г. № 87н. Первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как завершённый случай. Далее заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения» форма № 030\у утвержденная приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г №834, на заболевание по поводу которого проводится диспансерное наблюдение

Ответы к задаче 29

Вариант 1.

Предположите наиболее вероятный диагноз?

- Диффузный токсический зоб II ст. (ВОЗ), средней степени тяжести. Эндокринная офтальмопатия 2 ст. Претибиальная микседема. Нарушение менструального цикла по типу олигоменореи.

Обоснуйте предполагаемый диагноз?

- Диагноз можно обосновать наличием синдромов: зоба, тиреотоксикоза: астено-вегетативный, нервно-психический, сердечно-сосудистый; эндокринной офтальмопатии.

Какие дополнительные лабораторные исследования следует выполнить для подтверждения диагноза?

- св.Т₃; св.Т₄; ТТГ, антитела к ТПО; антитела к рецептору ТТГ.

Какие методы визуализации следует использовать для подтверждения диагноза?

- УЗИ щитовидной железы.

Каковы принципы лечения данной пациентки?

- Тиреостатическая терапия - Мерказолил 30 – 40 мг в сутки до достижения эутиреоза, поддерживающая доза 5 мг не менее 18 месяцев. В настоящее время струмэктомия не показана, как альтернатива-лечение радиоактивным йодом.

Вариант 2.

Предположите наиболее вероятный диагноз?

- Диффузный токсический зоб I степени (ВОЗ). Тиреотоксикоз средней степени тяжести.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз?

- Диагноз диффузного токсического зоба установлен на основании наличия следующих клинических симптомов у пациентки: нервозности, раздражительности, бессонницы, тахикардии, тремора кистей, увеличенного объема щитовидной железы без отчетливо пальпируемых узлов, влажной, горячей кожи, двухстороннего экзофтальма. Средняя степень тяжести тиреотоксикоза (манифестный тиреотоксикоз) характеризуется частотой сердечных сокращений 100-120 в минуту, снижением веса до 4 кг, снижением работоспособности. I степень зоба (ВОЗ) характеризуется пальпируемым зобом, не видимым на глаз.

Какие дополнительные лабораторные исследования следует выполнить для подтверждения диагноза?

- Определение тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (Т₄ св.), свободного трийодтиронина (Т₃ св.). Концентрация ТТГ при тиреотоксикозе должна быть низкой (<0,1 МЕ/л), содержание в сыворотке Т₄ св. и Т₃ св. повышено.

Какие методы визуализации следует использовать для подтверждения диагноза?

- УЗИ щитовидной железы, цветное доплеровское картирование. В норме объем щитовидной железы у женщин не должен превышать 18 мл, у мужчин-25 мл.

Эхогенность железы в норме средняя, структура равномерная. Эхогенность железы при тиреотоксикозе равномерно снижена, эхоструктура обычно однородная, кровоснабжение усилено. При наличии узлового/многоузлового зоба выявляются образования в щитовидной железе.

Каковы принципы лечения данной пациентки?

- Принципы терапии тиреотоксикоза с целью устранения клинических симптомов заболевания и стойкой нормализации тиреоидных гормонов и ТТГ можно представить следующим образом:

с целью достижения эутиреоидного состояния показан таблетированный тиамазол 30 мг в сутки. Эта фаза лечения продолжается от 3 до 6 недель (в зависимости от степени выраженности клинических проявлений заболевания, концентрации тиреоидных гормонов). Кардиоселективный таблетированный β -адреноблокатор метопролол 50 мг показан утром и вечером после еды под контролем ЧСС, АД.

После нормализации уровня T_4 св. начинают снижать дозировку тиамазола по 5 мг каждые 7 дней и через 3 недели переходят на прием поддерживающей дозировки тиамазола- 10 мг в день. Параллельно пациентке будет назначен левотироксин 50 мкг в сутки. Такая схема получила название «блокируй и замещай» и проводится в течение 1-1,5 лет. Критерием адекватности данной терапии является поддержание нормального уровня ТТГ и T_4 св.

Ответы к задаче 30

Предположите наиболее вероятный диагноз?

- ИБС. Острый коронарный синдром (не исключается острый инфаркт миокарда передне-перегородочной области левого желудочка, острейшая стадия). ГБ III, АГ III, риск IV. Фибрилляция предсердий, нормосистолическая форма (характер течения – пароксизмальная, перманентная, персистирующая – указать нельзя из-за отсутствия в анамнезе информации о ее давности и постоянстве). Неполная блокада левой ножки пучка Гиса. Ожирение I степени.

О степени и функциональном классе ХСН достоверно судить нельзя, так как эти сведения отсутствуют в условиях задачи.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз?

- 1. Диагноз ОКС выставлен на основании анамнеза заболевания, характера болей в области сердца (их интенсивности и продолжительности), но данные ЭКГ не дают четкой информации о наличии инфаркта миокарда. Учитывая ЭКГ-признаки (наличие сомнительного подъема ST в отведениях V_{1-3}), повышение температуры тела (как возможного следствия резорбционно-некротического синдрома), не исключается острейшая стадия передне-перегородочного инфаркта миокарда ЛЖ. Для подтверждения диагноза ИМ необходимо сделать анализ крови на T_i или МВ-фракцию КФК, или миоглобин (предпочтительней – T_i), выполнить ЭХО КГ (выявление зон гипокинеза миокарда ЛЖ, определение его сократительной активности – фракции выброса), контролировать динамику ЭКГ-признаков.

2. Диагноз ГБ III стадии и IV степени риска выставлен на основании того, что АГ привела к развитию инфаркта миокарда, а также имеются 3 фактора риска сердечно-сосудистых осложнений – мужской пол, длительный стаж курения, повышенный индекс массы тела. Диагноз АГ III степени выставлен, так как АД у пациента повышается более 180 мм рт ст.

3. Диагноз фибрилляции предсердий выставлен на основании ЭКГ-признаков (несинусовый ритм, неправильный ритм, наличие волн мерцания).

4. Диагноз I (начальной) степени ожирения выставлен на основании того, что ИМТ находится в пределах 30-35.

Составьте начальный план лечения пациента?

- 1. С целью обезболивания ввести морфин
2. Начать внутривенную инфузию нитроглицерина
3. Если на фоне введения нитроглицерина сохраняется повышенное АД, дополнительно под язык больной принимает 25-50 мг капотена с последующим контролем АД для определения необходимости повторного приема.
4. Под контролем АД возможна внутривенно инфузия метопролола под контролем ЧСС (не должна быть ниже 55 в минуту) и уровня АД. В последующем возможен пероральный прием метопролола по 25-50 мг x 3-5 раза в день под контролем АД и частоты сердечных сокращений, которая не должна быть реже 55 в минуту!
6. Разжевать 250 мг аспирина
7. Принять 300 мг клопидогрела (если больному в ближайшее время планируется ЧКВ, доза клопидогрела увеличивается до 600 мг)
8. Если больной находится по близости от сосудистого центра с возможностями выполнения ЧКВ тромболизис может быть отсрочен. Вводится гепарин или фракционированные гепарины.
9. Если возможности доставить больного в сосудистый центр для выполнения ЧКВ в ближайшее время нет, параллельно с введением гепарина или фракционированных гепаринов вводятся тромболитики, например, альтеплаза (=Актилизе).
10. Учитывая, что по условиям задачи фибрилляция предсердий у пациента не привела к развитию острой сердечной недостаточности, что ЧСЖ указаны в пределах нормоформы (60 в минуту), экстренной медикаментозной или электрической кардиоверсии не требуется. К тому же, неизвестно, в какой форме она существует у больного – перманентной или пароксизмальной.
11. По возможности применяют увлажненный кислород.
12. Если тромболизис успешен (клиническое улучшение, позитивные изменения ЭКГ), в течение 3-24 часов решается вопрос о выполнении коронароангиографии и ТБА.
13. Если тромболизис безуспешен решают вопрос о “спасающей” ТБА!

После определения липидного спектра крови для улучшения функции эндотелия – статины, например, розувастатин 10-20 мг в сутки.

После стабилизации АД решается вопрос о назначении для его поддержания с помощью иАПФ или, при их непереносимости, БРА.

Какую терапию на догоспитальном этапе следует провести пациенту?

- Все перечисленные мероприятия выполняются на догоспитальном этапе. Их объем может быть сокращен (см выше) в зависимости от удаленности больного от лечебного учреждения с возможностями ЧКВ (не более 60-120 минут).

Показана ли фибринолитическая (тромболитическая) терапия на догоспитальном этапе? Обоснуйте ответ.

- Если диагноз инфаркта миокарда подтвержден с помощью лабораторных методов, а со времени развития ангинозного приступа прошло 90 минут, то, вероятнее всего больной не успеет оказаться в стационаре с возможностями ЧКВ в течение ближайших 30 минут. Поэтому ему показано проведение тромболитической терапии в комплексе с гепарином или фракционированными гепаринами, например, фраксипарином. Тем более, что у него имеет место фибрилляция предсердий, сама по себе опасная развитием тромбоэмболических осложнений.

Если тромболизис будет успешным, в течение 3-24 часов решают вопрос о ТБА.

Если тромболизис будет безуспешным, решают вопрос о немедленной “спасающей ТБА”.

Ответы к задаче 31

Предположите наиболее вероятный диагноз?

- Гипертоническая болезнь II стадия. Артериальная гипертензия 2 степени. Риск 3. Избыточная масса тела (ИМТ – 26,8кг/м²).

Обоснуйте поставленный Вами диагноз?

- Диагноз гипертоническая болезнь (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД); установление степени АГ основано на цифрах АД, указанных больным (156/96-164/98 мм рт. ст). Стадия ГБ и степень риска ССО выставлена на основании наличия у больного поражения органов мишеней (ПОМ, левая граница относительной тупости сердца смещена влево). Риск 3 выставлен на основании: 2 фактора риска (курение, метаболический синдром), ПОМ.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента?

- Пациенту рекомендовано проведение клинического минимума обследования, липидный спектр крови, креатинин крови, электролиты, глюкоза крови, мочевая кислота. Суточное мониторирование АД, эхокардиографии для выявления состояния сократительной способности миокарда. УЗИ сосудов (определение толщины интимомедиа, плече-лодыжечный индекс, скорость пульсовой волны), УЗИ почек и дуплексное сканирование сосудов почек, надпочечников.

Консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии.

Какие нефармакологические методы лечения следует рекомендовать пациенту?

- Нормализация массы тела: изменение режима питания с ограничением быстро усваиваемых углеводов, животных жиров, поваренной соли, алкоголя. Увеличение физической нагрузки (регулярная аэробная нагрузка по 30-40 минут не менее 4 раз в неделю).

Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств возможно рекомендовать пациенту? Обоснуйте свой выбор.

-С учетом высокого риска ССО больному рекомендуется комбинированная терапия (ИАПФ+гидрохлортиазид) или антагонист кальция (АК). ИАПФ оказывают гипотензивное и органопротективное действие, низкие дозы гидрохлортиазида в сочетании с ИАПФ не оказывают отрицательного метаболического эффекта, АК не оказывают влияния на липидный, пуриновый и углеводный обмен, обладают органопротективным действием, уменьшают риск мозгового инсульта. С целью повышения приверженности больного к лечению рекомендуется фиксированная комбинация, включающая ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и гидрохлортиазида, АК.

Ответы к задаче 32

Предположите наиболее вероятный диагноз?

- Артериальная гипертензия 1 степени. Риск 3. Первичное ожирение 2 степени, абдоминальный тип. Дислипидемия.

Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо выполнить этому пациенту?

- Пациенту рекомендовано проведение клинического минимума обследования, липидный спектр крови, креатинин крови, электролиты, глюкоза крови, мочевая кислота. Суточное мониторирование АД, эхокардиографии для выявления состояния сократительной способности миокарда. УЗИ сосудов (определение толщины интимомедиа, плече-лодыжечный индекс, скорость пульсовой волны), УЗИ почек и дуплексное сканирование сосудов почек, надпочечников.

Консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии.

Какие нефармакологические методы лечения следует рекомендовать пациенту?

- Нормализация массы тела: изменение режима питания с ограничением быстро

усваиваемых углеводов, животных жиров, поваренной соли, алкоголя. Увеличение физической нагрузки (регулярная аэробная нагрузка по 30-40 минут не менее 4 раз в неделю).

Показан ли прием аспирина в низких дозах данному пациенту? Обоснуйте ответ.

- Аспирин больному не показан, так как нет указаний на ИБС.

Какие уровни липидов крови следует рассматривать в качестве целевых для данного пациента, и какие методы достижения этих целей следует рекомендовать?

- Целевые уровни липидов в крови: холестерин менее 4,5 ммоль/л, триглицериды менее 1,7 ммоль/л, ЛПНП менее 2,8 ммоль/л. Для достижения целевых значений липидов крови рекомендовано применение статинов (розувастатин, аторвастатин, симвастатин).

Ответы к задаче 33

Предположите наиболее вероятный диагноз?

Основной. Сахарный диабет 2 типа. Впервые выявленный.

Сопутствующий. Ожирение 1 степени - ИМТ 35 кг/м². Кандидозный кольпит.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз?

- Сахарный диабет диагностируется на основании гипергликемии натощак - 12,5 ммоль/л. 2-ой тип СД обусловлен наличием у больной: ожирения; черного акантоза (acanthosis nigricans) - признак инсулинорезистентности; половой инфекции – кандидозный кольпит; а также отсутствием клинических проявлений диабетического синдрома (жажда, сухость во рту, похудание). Из анамнеза имеет значение, что во время единственной беременности в возрасте 30 лет отмечала избыточную прибавку массы тела и большую массу тела плода – при рождении вес составлял 5100 г.

Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо выполнить этой пациентке?

- Гликемический профиль, гликозилированный гемоглобин, С-пептид, кетоновые тела крови, ацетон в моче, К, Na, креатинин крови, билирубин общий и прямой, АЛТ, АСТ, липидный спектр, общий анализ мочи, моча на микроальбуминурию.

Какие индивидуальные цели лечения (показатели углеводного обмена и липидов крови) следует установить данной пациентке?

- Пациентка 36 лет – относится к категории молодого возраста, не имеет макрососудистых осложнений, поэтому для нее целевое значение HbA1c <6,5%, глюкозы натощак <6,5 ммоль/л; целевые значения общего холестерина ОХ <4,5 ммоль/л, ЛПВП > 1,3 ммоль/л, ЛПНП <2,5 ммоль/л, триглицеридов <1,7 ммоль/л.

Дайте диетические рекомендации пациентке?

- с учетом наличия ожирения рекомендуется ограничение калорийности рациона с целью умеренного снижения массы тела. Это обеспечивает положительный эффект в отношении гликемического контроля, липидов и артериального давления, особенно в ранний период заболевания. Достижение снижения массы тела наиболее эффективно при одновременном применении физических нагрузок и обучающих программ.

1. Как правило, полезным для снижения массы тела может быть максимальное ограничение жиров (прежде всего животного происхождения) и сахаров; умеренное (в размере половины привычной порции) – продуктов, состоящих преимущественно из сложных углеводов (крахмалов) и белков; неограниченное потребление – продуктов с минимальной калорийностью (в основном богатых водой и клетчаткой овощей). Важно также включать в рацион продукты, богатые

моно- и полиненасыщенными жирными кислотами (рыба, растительные масла).

2. Прием пищи 5-6 раз в день, малыми порциями. Способ приготовления пищи: варить, парить, запекать. Не жарить!!

Ответы к задаче 34

Предположите наиболее вероятный диагноз?

- Острый стрептококковый тонзиллофарингит (стрептококковая лакунарная ангина).

Обоснуйте поставленный Вами диагноз?

- Диагноз тонзиллофарингита поставлен на основании анамнеза острого заболевания, боли в горле, затруднения глотания и лихорадки, эпиданамнеза контакта с ребенком, страдавшим сходным по клинике заболеванием, данных физикального обследования – гиперемии задней стенки глотки, увеличения миндалин, наличия в лакунах налета.

Стрептококковая этиология тонзиллофарингита предположена на основании критериев Centor: отсутствие кашля (+1), увеличенные и болезненные передние шейные лимфоузлы (+1), температура тела $> 38^{\circ}\text{C}$ (+1), отечность или налеты на глоточных миндалинах (+1), и критерий возраста - 3-14 лет (+1), 5-44 лет (0) и 45 лет и старше (-1). Данный пациент набирает 4 балла по шкале Centor, что соответствует вероятности стрептококковой этиологии тонзиллофарингита 52-53%.

Какие опасные и угрожающие жизни причины боли в горле следует рассматривать в контексте дифференциального диагноза?

- Эпиглоттит, перитонзиллярный абсцесс, заглоточный абсцесс, флегмона дна полости рта (ангина Людвига).

Какие лабораторные исследования можно использовать для подтверждения диагноза?

- Бактериологический метод – посев материала мазка из зева (носоглотки) на культуральные среды с идентификацией возбудителя и определением чувствительности к антимикробным препаратам;

Молекулярно-генетический метод – полимеразная цепная реакция (ПЦР) материала мазка из зева (носоглотки);

Экспресс-диагностика антигена гемолитического стрептококка (реакция коагуляции) в ротоглотке у пациентов с тонзиллитом;

Серологические методы – определение титра антистрептолизина-О (АСЛ-О), либо антител против ДНК-азы и других ферментов, в т.ч. антитоксинов стрептококка в динамике, нарастание титра подтверждает острую стрептококковую инфекцию.

Сформулируйте план лечения.

- Принципы лечения больных стрептококковым тонзиллитом предусматривают устранение интоксикационного и местного синдромов и предупреждение развития осложнений со стороны других органов и систем (первичную профилактику острой ревматической лихорадки). К средствам этиотропной терапии относят антибиотики: пенициллины, чувствительные к бета-лактамазам (амоксциллин, феноксиметилпенициллин, бензилпенициллин), препаратом выбора является пероральный амоксициллин, при непереносимости пенициллинов могут быть использованы макролиды (азитромицин, кларитромицин) или клиндамицин, либо цефалоспорины 1-го поколения (цефазолин, цефалексин, цефадроксил), но следует учитывать возможные перекрестные реакции между антибиотиками бета-лактамовой группы. Возможно использование комбинации пенициллинов с ингибиторами бета-лактамаз (амоксциллин + клавулановая кислота) или цефалоспоринов 3-го поколения (цефотаксим, цефтриаксон), хотя доказательная база этих антибиотиков в лечении стрептококкового тонзиллофарингита очень ограничена.

Срок лечения всеми перечисленными антибиотиками 10 дней, за исключением азитромицина, курс лечения которым составляет 5 дней, более короткие курсы не обеспечивают эффективной профилактики острой ревматической лихорадки. Для симптоматической терапии используются жаропонижающие (парацетамол) или нестероидные противовоспалительные средства (ибупрофен и другие), местные антисептики и анестетики для орошения полости рта.

Ответы к задаче 35

Предположите наиболее вероятный диагноз?

- Хронический необструктивный пиелонефрит. Стадия активного воспаления.

Какие лабораторные исследования следует использовать для подтверждения диагноза?

- Общий анализ мочи, анализ мочи на концентрацию, анализ мочи по Нечипоренко, бактериологическое исследование мочи, при необходимости экскреторную урографию, биохимические показатели крови (креатинин). При наличии аномалий развития мочевыводящих путей консультация уролога.

Какие заболевания следует рассматривать в рамках дифференциального диагноза более в поясничной области у молодой женщины?

- Хронический гломерулонефрит, интерстициальный нефрит; в качестве причины – аномалии развития мочевыводящих путей; гинекологические заболевания.

Сформулируйте план лечения?

- Если выявлена причина, к примеру с урологической патологией, то необходима консультация уролога. Питьевой режим (настои почечных трав, минеральная негазированная вода, морсы); фитотерапия (почечный сбор, фитолизиновая паста, канефрон); антибактериальная терапия с учётом предполагаемой микрофлоры (фторхинолоны, цефалоспорины 2,3го - поколения, амоксициллин); спазмолитики. Вне обострения санаторно-курортное лечение.

Сформулируйте прогноз

- При своевременной терапии прогноз благоприятный. Необходим контроль анализа мочи 1 раз в год, контроль показателей функции почек, соблюдение гигиены, не переохлаждаться.

Ответы к задаче 36

Предположите наиболее вероятный диагноз?

Внебольничная пневмония с локализацией в нижних отделах правого легкого. Предположительная этиология – вирусно-бактериальная. Степень тяжести будет зависеть от результата дополнительных обследований – объема поражения и анализов крови.

Какие исследования требуются для подтверждения диагноза?

Рентгенография грудной клетки в 2 проекциях или компьютерная томография. Бактериоскопия. Посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам. КУМ. Клинический анализ крови. Биохимический анализ крови с исследованием мочевины, креатинина, трансаминаз, билирубина. Консультация ЛОР-врача. Вирусологические исследования.

Проведите оценку прогноза и осуществите выбор места лечения пациента

По имеющимся в задаче данным физикальным данным, в соответствии со шкалой CRB-65 возможно амбулаторное лечение. Но учитывая, что этиология пневмонии, вероятно, вирусно-бактериальная, предпочтительнее госпитализация в стационар. Прогноз благоприятный.

Сформулируйте план лечения?

Амоксициллин/клавулоновая кислота по 625 мг 3 раза в день, внутрь или 1000 мг 2 раза в день внутрь до 10 дней в комбинации с ингавирином 90 мг. В дальнейшем – в зависимости от результатов лечения.

Опишите методы профилактики данного заболевания?

Избегать контакта с больными вирусной инфекцией.

Ответы к задаче 37

Предположите наиболее вероятный диагноз.

-Гипертоническая болезнь II ст., высокий риск. Ожирение I.

Гипертрофия левого желудочка.

Обоснуйте поставленный вами диагноз?

-Диагноз выставлен на основании данных анамнеза (курит, нерационально питается, ведет малоподвижный образ жизни), данных объективного осмотра (повышенного питания, ИМТ – 32кг/м², АД 150/90 мм. рт.ст.), дополнительных инструментальных методах обследования (ЭКГ – ГЛЖ), лабораторных методах обследования (общий холестерин – 5,6 ммоль/л (норма 5,17 ммоль/л).

Определите группу здоровья пациента. Обоснуйте свой ответ?

-Группа здоровья пациента – IIIа, т.к. у пациента имеется подозрение на гипертоническую болезнь и он нуждается в дополнительном обследовании.

Нуждается ли пациент в направлении на второй этап диспансеризации? Какое обследование необходимо провести? Обоснуйте свой ответ.

-Пациент нуждается в направлении на II этап диспансеризации.

1) Необходимо провести обследование: липиды крови (ЛПНП, ЛПВП, триглицериды), при повышенных показателях липидного спектра

2) направляем на дуплексное сканирование брахицефальных артерий, (т.к. возраст пациента старше 45 лет, наличие трех факторов риска: высокое АД, дислипидемия, ожирение I)

3) исследование сосудов глазного дна (консультация окулиста)

4) осмотр врачом – терапевтом, включающем установление (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы состояния здоровья, определение группы диспансерного наблюдения.

Обоснование: приказ № 36 ан от 3.02.15г. МЗ РФ «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Перечислите имеющиеся у пациента факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний и составьте план индивидуального профилактического консультирования?

План индивидуального профилактического консультирования:

- 1) информировать пациента об имеющимся у него факторе риска ХНИЗ, методах самоконтроля, оздоровления поведенческих привычек, влияющих на риск заболевания

- 2) мотивировать пациента с его стороны активно действовать по оздоровлению образа жизни
- 3) обучить пациента практическим навыкам оздоровления поведенческих привычек и стереотипов
- 4) обсудить с пациентом конкретный план оздоровления, график повторных визитов, контроля факторов риска
- 5) предоставить пациенту письменные рекомендации (памятки, листовки и пр.)
- 6) научить пациента приемам самоконтроля за АД, оздоровлению поведенческих привычек, дать конкретные советы и рекомендации:
 - пройти полное диагностическое обследование и при показаниях начинать прием медикаментозных препаратов
 - вести дневник контроля АД (запись утром и вечером) измерение пульса, самочувствия
 - прекращение курения, так как оно способствует прогрессированию АГ
 - снижение избыточной массы тела (ИМТ должен быть не более 25 мг/кг²)
 - ограничение потребления соли до 5 г в сутки
 - ограничение потребления алкоголя
 - увеличение потребления фруктов и овощей, не менее 400 - 500 г овощей, за исключением картофеля
 - ограничение потребления жиров 20 – 30 г/сут
 - оптимизация физической активности: аэробные нагрузки по 30 минут ходьбы в умеренном темпе в день
 - самоконтроль стрессовых ситуаций

ответы к задаче 38

Определите группу здоровья пациента. Обоснуйте свой ответ?

II группа состояния здоровья, так как у пациента отсутствуют хронические неинфекционные заболевания, имеется фактор риска (курение), низкий абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск (1%), нуждается в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Таким гражданам в рамках диспансеризации проводится углубленное профилактическое консультирование.

Нуждается ли пациент в направлении на второй этап диспансеризации? Какое обследование необходимо провести? Обоснуйте свой ответ.

Пациента необходимо направить на II этап диспансеризации с целью дополнительного обследования и уточнения состояния, проведения углубленного профилактического консультирования, которое включает спирометрию, так как пациент курит, ИК = 21 пачка/лет, жалобы на кашель с мокротой, в анамнезе ОРВИ, частые бронхиты, подозревается хроническое бронхолегочное заболевание, учитывая, что в 80-90% случаев курение является главным фактором развития ХОБЛ.

Перечислите спирометрические признаки бронхиальной обструкции. Опишите тактику врача при обнаружении нарушений функции легких по обструктивному типу?

1) Спирометрические признаки бронхиальной обструкции.

Легкая степень тяжести – $ОФВ1 \geq 80\%$ от должного

Средняя степень тяжести – $50\% \leq ОФВ1 < 80\%$ от должного

Тяжелая степень тяжести – $30\% \leq ОФВ1 < 50\%$ от должного

Крайне тяжелая степень тяжести – ОФВ1 <3 0% или 50% от должного, в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью.

2) Тактика врача при обнаружении нарушений функции легких по обструктивному типу:

- Устранение факторов риска (курение), так как курение способствует прогрессированию обструкции и появлению осложнений
- Назначить лечение, согласно выявленной степени бронхиальной обструкции по индивидуальной программе
- Обучение пациента правильному пользованию лекарствами (ингаляторами, небулайзерами)
- Обучать самоконтролю (пользование пикфлоуметром)
- Назначение бронхорасширяющей терапии
- Выбор объема фармакологической терапии врачом должен основываться на выраженности клинических симптомов, величине пост-бронходилататорного ОФВ1, и частоте обострений заболевания

Составьте план индивидуального профилактического консультирования?

- Рассчитать индекс курильщика и настоятельно рекомендовать прекращение курения
- Определить готовность курящего пациента отказаться от табака с применением мотивационной анкеты и анкеты Фагерстрёма и определить соотношения никотиновая/поведенческая зависимость
- Помочь сделать выбор метода отказа от табака с выбором эффективного лекарства/поведенческой помощи
- Провести правильное лечение никотиновой зависимости
- Осуществить многократный контроль и поддержку пациента, прекратившего курение табака
- Направить в кабинет медицинской профилактики, кабинет для борьбы с курением
- Оценивать и отражать в медицинской документации результаты лечения никотиновой зависимости при каждом визите пациента
- Социальная поддержка как часть лечения
- Никотинзамещающие препараты
- Другие дополнительные вмешательства: акупунктура, гипнотерапия и т.п
- Вакциноterapia против гриппа и пневмококковой инфекции как профилактика болезней органов дыхания

Предложите пациенту способы отказа от курения?

Способы отказа от курения:

- 1) Врачебное вмешательство (беседы о вреде курения)
- 2) Фармакологическая поддержка отказа от курения (никотин-заместительная терапия: жевательная резинка с никотином, никотиновый пластырь, никотиновый ингалятор).
- 3) Медикаменты, снижающие никотиновую зависимость: бупропион, варениклин, табекет.
- 4) Посетить занятия в кабинете по борьбе с курением при поликлиниках.
- 5) Избегать прокуренных помещений и ситуаций, провоцирующих к закуриванию.
- 6) Поощрить себя при устойчивости к соблазну закурить.

Ответы к задаче 39

Сформулируйте диагноз?

Бронхиальная астма, контролируемая, легкое интермиттирующее течение. ДН 0.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз

На низких дозах ГКС (ингаляционных) и длительно действующем β_2 -агониста (флутиказон+сальматерол) 2 раза в день приступы редкие (1 раз в 2-3 неделю), с отсутствием ночью без ограничения физической активности. С ОФВ₁ – 85%, без патологической объективной симптоматики, с нормальными лабораторными показателями.

Определите тактику ведения пациентки. Обоснуйте свой ответ?

Учитывая продолжительное время (4 мес.) пребывания бальной на 1 ступени лечения БА без ухудшения можно уменьшить дозу ингаляционных ГКС на 25-50% под контролем основных показателей спирометрии, анализов крови.

Составьте план диспансерного наблюдения?

Диспансерное наблюдение по III группе осуществляется участковым терапевтом 2 раза в год и пульмонологом – 1 раз в год; для уменьшения объема терапии необходимо выбрать подходящее время (без поездок, ОРВИ, беременности), получить углубленную лечебную консультацию пульмонолога, убедиться, что у пациента есть письменный план действия по ведению БА и тщательно отслеживать состояние пациента, планируя визиты последующего наблюдения.

Показано ли пациентке направление в бюро медико-социальной экспертизы?

Обоснуйте свой ответ.

Направление пациентки на МСЭ не показано в связи с длительным периодом стабилизации процесса на I (легкой) ступени БА и отсутствием ограничений физической активности; отсутствием осложнений, функциональной недостаточности.

Ответы к задаче 40

Правильно ли участковый терапевт поставил и сформулировал диагноз? Обоснуйте свой ответ.

- Не правильно. Полный клинический диагноз должен звучать: Внебольничная пневмония в S9 правого легкого, средней степени тяжести, фаза разгара. ДН 0.

Правильно ли участковый терапевт выбрал место лечения пациента? Обоснуйте свой ответ, используя шкалу CRB-65.

-Правильно. Сумма баллов – 0 по шкале CRB-65. При том, что в задаче нет указаний на уровень азота мочевины

Правильно ли терапевт выбрал антибактериальный препарат для лечения пневмонии? Обоснуйте свой ответ.

-Препарат (азитромицин) выбран правильно, но учитывая сопутствующее заболевание (сахарный диабет) и длительное курение, лучше комбинация с амоксициллин/клавулоновой кислотой (амоксиклав) 625 мг 3 раза в день, внутрь или 1000 мг 2 раза в день внутрь. 10 дней. В дальнейшем в зависимости от результатов терапии.

Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

- Нетрудоспособен

Показано ли пациенту после выздоровления диспансерное наблюдение? Обоснуйте свой ответ.

-В течение года диспансерное наблюдение. Реконвалесцент.

Ответы к задаче 41

Предположите наиболее вероятный диагноз?

ХОБЛ, смешанная форма, тяжелое течение, обострение. ДНШ. ХЛС, стадия декомпенсации.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз?

Диагноз установлен на основании показателей спирограммы, наличия симптома Плеша, гепатомегалии, отеков на нижних конечностях, признаков гипертрофии правых отделов сердца.

Назначьте медикаментозную терапию. Обоснуйте свой ответ?

В2-агонисты + М-холинолитики длительного действия, ИГКС, мочегонные, препараты калия.

Составьте план диспансерного наблюдения?

Осмотр терапевта, пульмонолога 2 раза в год; отоларинголога, клинический анализ крови, анализ мокроты общий+посев на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, общий анализ мочи, ЭКГ, тест с 6-минутной ходьбой, КТ ОГК, пульсоксиметрия.

Проведите экспертизу нетрудоспособности?

Не трудоспособен, показано освидетельствование в БМСЭ.

Ответы к задаче 42

Предположите наиболее вероятный диагноз?

ХОБЛ, тяжелое течение, обострение. ДН II. ХЛС, стадия декомпенсации.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз?

Диагноз установлен на основании характерных жалоб, аускультативной картины, акцент II тона над легочной артерией, снижения сатурации кислорода, гепатомегалии.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования?

Анализ мокроты общий+посев на флору; спирограмма + проба с В2-агонистом; фибробронхоскопия, рентгенография ОГК (прямая и боковая проекции), УЗИ сердца.

Составьте план диспансерного наблюдения?

Осмотр терапевта, пульмонолога 2 раза в год; отоларинголога, клинический анализ крови, анализ мокроты общий+посев на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, общий анализ мочи, ЭКГ, тест с 6-минутной ходьбой, КТ ОГК, пульсоксиметрия.

Проведите экспертизу нетрудоспособности?

Не трудоспособен, показано освидетельствование в БМСЭ.

Ответы к задаче 43

Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте свой выбор?

- Гипохромная микроцитарная анемия (вероятно, железодефицитная) средней степени тяжести. Беременность 26 недель.

Диагноз анемии установлен, исходя из снижения концентрации гемоглобина менее 110 г/л. Гипохромия – определяется снижением показателя МСН менее 24 пг, микроцитоз – снижением показателя MCV менее 82 фл. Наиболее часто гипохромия и микроцитоз связаны с дефицитом железа.

Степень тяжести анемии определяется уровнем гемоглобина (80-100 г/л).

2 балла - Диагноз поставлен верно и полностью обоснован.

1 балл- Диагноз поставлен или обоснован не полностью: не указана степень тяжести анемии; не обоснован тип анемии или степень тяжести.

0 баллов - Диагноз поставлен или обоснован неверно.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента?

- На первом этапе диагностического поиска необходимо подтвердить дефицит железа у пациентки: для этого показано определение железа сыворотки (снижено), общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС – повышено), вычисление степени насыщения трансферрина железом (отношение железа сыворотки к ОЖСС, снижено). Показателем, отражающим степень запасов железа в организме, является концентрация ферритина, однако этот показатель во время беременности может оставаться нормальным даже при глубоком дефиците и, поэтому, его определение не рационально.

На втором этапе диагностического поиска необходимо определить причину дефицита железа. В данном случае, можно ограничиться консультацией гинеколога, так как пациентка не предъявляет жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта и не имеет отягощённого семейного анамнеза.

2 балла - План дополнительного обследования составлен полностью верно.

1 балл - План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.

или не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано неверно или назначены методы обследования, не являющиеся необходимыми в данном случае

0 баллов - Не названы три и более дополнительных метода обследования.

или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.

или план дополнительного обследования составлен полностью неверно.

Пациентка повторно обратилась на приём с результатами обследования: сывороточное железо – 6 мкмоль/л, ОЖСС – 94 мкмоль/л, степень насыщения трансферрина железом – 6,4%, осмотр гинеколога – данных за кровотечение нет.

Определите тактику ведения пациентки с указанием дозы и длительности терапии?

- Так как причиной анемии в данном случае, предположительно, является повышенный расход железа в связи с беременностью, то этиологическая терапия не показана. Пациентке необходимо рекомендовать пероральные препараты железа в дозе 120 мг/сутки в комплексе с фолиевой кислотой 0,4 мг/сутки в течение всей беременности и трёх месяцев после родов для профилактики врождённого дефицита железа у ребёнка. Из препаратов железа возможно назначение двухвалентного железа (сульфат, глюконат, fumarat) или трёхвалентного железа в форме полимальтозного комплекса гидроокиси железа.

Кроме того, пациентке следует рекомендовать потребление продуктов с максимальным содержанием и всасыванием железа – мясо, рыба, яйца.

2 балла - Препараты для лечения пациентки выбраны верно, дозы и длительность терапии указаны верно.

1 балл - Препараты для лечения пациентки выбраны верно, но не указана доза или длительность приёма препаратов, или неверно названы соли железа.

0 баллов - Ответ неверный: препараты для лечения пациентки выбраны неверно, или в качестве терапии указана только диета.

Пациентка обратилась на приём терапевта через 1,5 года. Все рекомендации выполняла, три месяца назад в связи с производственной необходимостью вышла на работу, два месяца назад отметила появление усталости (связывает с интенсивностью профессиональной деятельности). Также периодически стали беспокоить боли в эпигастрии, купирующиеся приёмом дюспаталина. В общем анализе крови: эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 95 г/л, МСН– 21 пг, МСV–74 фл, лейкоциты – $6,8 \times 10^9/л$, формула – без изменений, тромбоциты - $225 \times 10^9/л$, СОЭ – 16 мм/час.

Ваша дальнейшая лечебная тактика. Обоснуйте свой выбор.

- У пациентки повторно выявляется гипохромная микроцитарная анемия. Необходимо дообследование для подтверждения дефицита железа – железо сыворотки, ОЖСС, концентрация ферритина и выявление причины дефицита с учётом имеющихся жалоб со стороны желудочно - кишечного тракта – фиброгастро-дуоденоскопия (ФГДС) с проведением исследования на *Helicobacter pylori*, общий анализ мочи для исключения гематурии, консультация гинеколога.

Для коррекции анемии показано назначение препаратов железа в дозе 100-300 мг/сутки до нормализации уровня гемоглобина (120 г/л) и далее еще три месяца для восполнения запасов железа. Контроль эффективности проводимой терапии следует проводить на 5-7 дней – необходим общий анализ крови с вычислением числа ретикулоцитов.

2 балла - Лечебная тактика выбрана верно, указаны все необходимые на данном этапе обследования.

1 балл - Лечебная тактика определена в неполном объёме: не указаны один или два лабораторных показателя или методов обследования, или неправильно указана доза или длительность приёма препаратов железа.

0 баллов - Лечебная тактика определена неверно.

Оцените трудоспособность пациентки. В случае нетрудоспособности укажите, кем выдается и продлевается листок нетрудоспособности и его средние сроки (с учётом возможных причин анемии)?

- Пациентка является временно нетрудоспособной: имеется медицинский критерий (анемия средней степени тяжести) и социальный критерий (пациентка не может выполнять профессиональные обязанности).

Средний срок нетрудоспособности в данном случае составляет 14-18 дней: до 15 дней листок нетрудоспособности может быть продлён лечащим врачом единолично, более 15 дней – через врачебную комиссию. При выявлении сопутствующей патологии при проведении ФГДС (эрозивно-язвенное поражение, НР-ассоциированный гастрит) срок нетрудоспособности может быть увеличен в соответствии со средними сроками нетрудоспособности при данных патологиях.

Показаний для направления в бюро медико-социальной экспертизы нет.

2 балла - Трудоспособность пациентки определена верно, в полном объеме.

1 балл - Трудоспособность пациентки определена не в полном объеме: не указан тип нетрудоспособности (временная) и её критерии, или сроки, или не указано, кем будет выдан листок нетрудоспособности.

0 баллов - Ответ неверный: трудоспособность пациентки оценена полностью неверно.

Ответы к задаче 44

Выскажите и обоснуйте мнение о наиболее вероятных диагнозах?

- В12-фолиево-дефицитная анемия, тяжелой степени. У пациентки выявлен анемический синдром (слабость, снижение гемоглобина менее 120 г/л), а также гиперхромия, микроцитоз, типичные для В12-фолиево-дефицитных анемий. При данном патогенетическом варианте анемий может наблюдаться цитопенический синдром, а также гепатомегалия за счет ускоренного распада эритроцитов.

В то же время нельзя исключить наличие гипо-апластической анемии, тяжелой степени тяжести, поскольку у пациентки выявлено угнетение всех трех ростков кроветворения.

2 балла - В качестве дифференциального диагноза предложены оба варианта анемий.

1 балл - Дифференциальная диагностика проведена не полностью: в качестве диагноза предложен только один из вариантов анемии.
или Неверно оценена степень тяжести заболевания.

0 баллов - Диагноз представлен неверно: в качестве диагноза предложены другие варианты анемий.

Вы врач участковый терапевт. Предложите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения пациентки?

- Пациентка должна быть госпитализирована в неотложном порядке. С учетом подавления трех ростков кроветворения в качестве диагностики пациентке должна быть выполнена стерильная пункция. Кроме того, наличие уровня гемоглобина ниже 60 г/л является показанием для трансфузии эритроцитарной массы, что должно проводиться в условиях терапевтического стационара.

2 балла - Тактика полностью верна и обоснована.

1 балл - Предложена верная тактика, но не предложено обоснований для неотложной госпитализации.

0 баллов - Тактика неверна: пациентка оставлена для амбулаторного ведения.

Пациентка на приеме через 1 месяц. В течение первых двух недель находилась на лечении в терапевтическом стационаре, затем продолжала лечение дома. На основании мегалобластного типа кроветворения, уровня витамина В12 в сыворотке крови = 56 пг/мл установлен диагноз В12-дефицитной анемии, тяжелой степени. При проведении ФГДС выявлен атрофический гастрит. В течение прошедшего месяца получала цианокобаламин 500 мкг в сутки. Отметила существенное уменьшение слабости, однако сохраняются забывчивость, трудность подбора слов при общении.

Перед явкой к участковому врачу выполнен общий анализ крови: эритроциты (RBC) - $3,95 \times 10^{12}/л$, гемоглобин (Hb) – 96 г/л, MCV – 88 fl, MCH – 32,3 pg, MCHC – 348 г/л. Лейкоциты (WBC) - $5,6 \times 10^9/л$: Тромбоциты (PLT) – $199 \times 10^9/л$. СОЭ = 25 мм/час.

Какое лечение Вы будете применять в дальнейшем? Обоснуйте Ваш выбор.

- У пациентки получен хороший терапевтический ответ (увеличение гемоглобина на 44 г/л за 4 недели), что свидетельствует о правильной тактике ведения. В дальнейшем планируется восполнение депо витамина В12 и постепенное снижение кратности введения до поддерживающих доз. Обычно 500 мкг в сутки назначают в течение 4-6 первых недель терапии, в дальнейшем в течение 2-3 месяцев 500 мкг в неделю. Поддерживающая доза 500 мкг один раз в месяц назначается пожизненно. Витамин В12 (цианокобаламин) используется только парентерально, т.к. при атрофическом гастрите происходит недостаточная выработка внутреннего фактора Касла в париетальных клетках желудка.

2 балла - Выбрана верная тактика. Выбор обоснован. Препарат используется парентерально.

1 балл - Терапия витамином В12 продолжена, но названы однозначно неверные дозировки.

или Терапия витамином В12 продолжена, но дополнительно назначены препараты железа или фолиевой кислоты.

или Терапия витамином В12 продолжена, но нет рекомендаций по пожизненному использованию.

0 баллов - Дальнейшая тактика составлена полностью неверно.

или Предложена терапия энтеральными формами витамина В12.

Дочь хочет направить маму для дальнейшего лечения в санаторий и просит указать профиль наиболее подходящих санаториев. Обоснуйте Ваше решение?

- Наличие анемии и невозможность самообслуживания являются противопоказаниями для санаторно-курортного лечения. После восстановления уровня гемоглобина и повторной оценки когнитивного статуса, нарушения которого могут быть связаны с анемией, не ранее чем через 3 месяца следует вернуться к решению вопроса о возможности санаторно-курортного лечения. Не существует санаториев, специализирующихся по лечению анемий, в связи с чем в качестве возможных курортных факторов в дальнейшем могут быть использованы климатотерапия в связи с наличием АГ или бальнеотерапия в связи с наличием атрофического гастрита.

2 балла - Выбрано верное решение. Ответ полностью обоснован.

1 балл - Выбрано верное решение, однако оно не обосновано или обосновано неверно.

0 баллов - Пациентке разрешено санаторно-курортное лечение в настоящее время.

Дочь пациентки интересуется, какими немедикаментозными средствами (диета) можно повысить уровень гемоглобина. Выскажите и обоснуйте свое мнение?

- При атрофическом гастрите возникает дефицит внутреннего фактора Касла – гликопротеина, необходимого для образования связи с экзогенным витамином В12 для последующего его усвоения. Поэтому даже при достаточном поступлении витамина В12 с пищей у человека не произойдет восстановления уровня гемоглобина. В целом диета

должна быть полноценной, но она не повлияет на течение заболевания. Для терапии должны использоваться парентеральная форма цианокобаламина.

2 балла - Принято верное решение. Решение полностью обосновано.

1 балл - Принято верное решение, однако обоснование не приведено.

0 баллов - в качестве терапии дефицита витамина В12 на фоне атрофического гастрита предложена диетотерапия.

Ответы к задаче 45

Предположите наиболее вероятный диагноз?

Хронический гепатит алкогольной этиологии, умеренной степени активности, стадия F2 (умеренный фиброз).

2 балла - Диагноз поставлен верно.

1 балл - Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена степень активности хронического гепатита

0 баллов - Диагноз поставлен неверно.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз?

- Диагноз хронического алкогольного гепатита установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, тупую ноющую боль в правом подреберье, тошноту, снижение аппетита, периодический кожный зуд; данных анамнеза (пациент злоупотребляет алкоголем в течение 13 лет); данных объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, «пальмарной» эритемы, гепатомегалии).

Подтверждают диагноз хронического алкогольного гепатита данные лабораторных исследований: (повышение АЛТ, АСТ, ГГТП, общего билирубина, щелочной фосфатазы, а также повышение уровня триглицеридов).

- исключена другая (вирусная) этиология хронического гепатита:

исследование крови на маркеры гепатита В, С: HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV—отрицательный.

Степень активности хронического алкогольного гепатита определена на основании повышения уровня АЛТ и АСТ (в 5 раз по сравнению с нормой). Стадия хронического алкогольного гепатита F2 установлена на основании данных эластометрии печени (по шкале METAVIR), умеренный фиброз.

2 балла - Диагноз обоснован верно.

1 балл - Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование степени активности хронического алкогольного гепатита, стадии хронизации.

0 баллов - Диагноз обоснован полностью неверно.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента?

- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (для исключения очаговых образований печени, признаков портальной гипертензии, сопутствующей патологии);

ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка.
дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления признаков портальной гипертензии.

2 балла - План дополнительного обследования составлен полностью верно.

1 балл - План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.

или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано неверно.

0 баллов - План дополнительного обследования составлен полностью неверно.

Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента?

- Рекомендуется соблюдение диеты. Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао.

Целесообразно назначение диеты, богатой белками (не менее 1 г на 1 кг массы тела), с высокой энергетической ценностью (не менее 2000 ккал/сут), с достаточным содержанием витаминов (особенно группы В, фолиевой и липоевой кислот) и микроэлементов – цинка и селена, дефицит которых наиболее часто наблюдается при злоупотреблении алкоголем.

- пациенту показано назначение адеметионина (гептрал) в дозе 1600 мг в сутки в течение 4-8 недель.

Применение экзогенного адеметионина позволяет снизить накопление и отрицательное воздействие токсических метаболитов на гепатоциты, стабилизировать вязкость клеточных мембран, активизировать работу связанных с ними ферментов.

2 балла - Медикаментозное и немедикаментозное лечение назначено обоснованно.

1 балл - Медикаментозное лечение назначено неверно

0 баллов - Лечение (медикаментозное и немедикаментозное) назначено неверно

При обращении к врачу через месяц после лечения пациент отметил улучшение самочувствия: исчезли слабость, повышенная утомляемость, тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом.

При объективном осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см. Селезенка не увеличена.

Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямой билирубин – 16 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 38 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; ЩФ – 125 ед/л; ТГ – 2,6 ммоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени.

Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

- В результате проведенного лечения отмечена положительная динамика: наблюдается отсутствие болевого, диспепсического, астенического синдромов. Исчезли желтушность кожных покровов, иктеричность склер, телеангиэктазии, «пальмарная» эритема.

Отмечена также положительная динамика биохимических показателей: снижение общего билирубина, АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, ТГ.

Так как при УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени, рекомендуется продолжить прием адеметионина (гептрал) в дозе 1600 мг в сутки внутрь в течение 1 месяца.

Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога.

2 балла - Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.

1 балл - Тактика ведения пациента недостаточно обоснована.

0 баллов - Тактика ведения данного пациента выбрана неверно.

Ответы к задаче 46

Предположите наиболее вероятный диагноз?

- ГЭРБ: эрозивный эзофагит 2 стадия по Savari–Miller. Недостаточность кардии. СГПОД 1 ст. Хронический антральный гастрит с эрозиями в стадии обострения (Нр статус неизвестен).

Эпизод спонтанно остановившегося кровотечения из верхних отделов ЖКТ от (дата). ДГР 2 степени. Недостаточность пилоруса.

2 балла - Диагноз поставлен верно

1 балл - Диагноз поставлен не полностью: не учтено или неверно оценено наличие анатомических особенностей в области кардиоэзофагеального перехода, обуславливающих формирование ГЭРБ, а также наличие ДГР, играющего определенную роль в развитии антрального гастрита с эрозиями.

0 баллов - Диагноз поставлен неверно

Обоснуйте поставленный Вами диагноз?

- Диагноз ГЭРБ установлен на основании жалоб пациента на наличие частой и выраженной изжоги, отрыжки пищей, усиливавшихся в положении лежа и при наклонах туловища; анамнестических данных с указанием на связь появления выраженной клинической симптоматики со значительными физическими нагрузками и психо-эмоциональным стрессом; на основании данных ФГДС, описывающих практически классическую эндоскопическую картину эрозивной формы ГЭРБ. Стадия заболевания определена на основании результатов эндоскопического исследования пищевода. Диагноз хронического гастрита также подтвержден эндоскопически. Имевший место эпизод мелены, спонтанно купировавшийся, не привел к снижению уровня гемоглобина, но является признаком высокого риска рецидива указанного осложнения при условии отсутствия адекватного лечения.

2 балла - Диагноз обоснован верно

1 балл - Диагноз обоснован не полностью. Не учтены или недооценены все имеющиеся клинические или инструментальные признаки тяжести патологии пищевода и желудка.

0 баллов - Диагноз обоснован неверно

Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?

- Дополнительно к проведенному обследованию пациенту рекомендовано: проведение диагностики инфекции *H.pylori* неинвазивным методом (обнаружение антител к антигену *H.pylori* в сыворотке крови, выявление антигена *H.pylori* в кале методом ИФА, либо обнаружение ДНК *H.pylori* в кале методом ПЦР). Использование серологического метода возможно, т.к., известно, что эрадикационная терапия инфекции *H.pylori* пациенту не

проводилась. Показаны рентгеноскопия пищевода и желудка с целью уточнения размеров ГПОД, суточное мониторирование интрапищеводного и интрагастрального рН, с целью уточнения характера рефлюктата в связи с наличием у пациента дуоденогастрального рефлюкса.

2 балла - План дополнительного обследования составлен полностью верно

1 балл - План дополнительного обследования составлен верно, но нет обоснования или не указаны один или два дополнительных метода обследования или неверно даны обоснования рекомендуемых методов обследования.

0 баллов - Не указаны три и более дополнительных метода обследования или неверно даны обоснования рекомендуемых методов обследования или план дополнительного обследования составлен полностью неверно.

Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов?

- Лечение возможно проводить в амбулаторных условиях с обязательным соблюдением пациентом особых рекомендаций по образу жизни (соблюдение режима питания и диеты, показана диета в рамках стола 1 в период обострения на 4-6 недель с последующим индивидуальным расширением в рамках стола 5п, отказ от курения, следует избегать состояний, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления и т.д.). Эталонном лечении ГЭРБ является назначение антисекреторной терапии с целью коррекции факторов агрессии, воздействующих на слизистую оболочку пищевода и желудка: препаратами выбора являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Снижение кислотной продукции считается основным фактором, способствующим заживлению эрозивно-язвенных поражений. Для лечения эрозивного эзофагита при наличии 2-й и большей стадии эзофагита назначаются ИПП в стандартных дозах в течение не менее 8 недель. Поддерживающую терапию после заживления эрозий следует проводить в течение 16-24 недель. В случае выявления инфекции *H. pylori* пациенту показана эрадикация инфекции. С целью коррекции нарушений двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта пациенту показаны прокинетики. Ситуационно и в виде курсового лечения целесообразно использовать антациды и альгинаты. В терапии эрозивного процесса в желудке пациенту показаны цитопротекторы (висмута трикалия дицитрат, ребамипид, сукральфат) курсами не менее 4-х недель.

2 балла - Тактика ведения больного определена верно, в полном объеме

1 балл - Тактика ведения больного определена не в полном объеме (указаны не все группы препаратов, неверно указана продолжительность лечения).

0 баллов - Тактика ведения больного определена неверно или не указаны 3 и более групп необходимых препаратов.

Составьте конкретную схему медикаментозного лечения данного пациента с указанием доз, продолжительности приема. Выберите схему поддерживающей терапии. Выберите схему эрадикационной терапии. Обоснуйте Ваш выбор. Определите сроки проведения контрольного эндоскопического исследования. Примите решение по экспертизе трудоспособности пациента.

-С учетом необходимости достижения максимально быстрого эффекта: стойкого купирования клинических симптомов заболевания оптимальным ИПП является рабепразол в дозе 20 мг 2 раза в сутки за 30-40 мин до еды в течение 8 недель. Итоприда

гидрохлорид 50 мг 3 раза в день за 25-30 мин до еды 4 недели. Гевискон 1 саше 3 раза в день через час после еды и перед сном 4 недели. В качестве схемы эрадикации инфекции *H. pylori* возможно использование 10-дневной тройной терапии с добавлением висмута трикалия дицитрата с последующей пролонгацией курса цитопротектора до 4-х недель. Поддерживающая терапия с использованием половинной дозы ИПП должна продолжаться в данном случае до 24 недель (продолжительность терапии может корректироваться с учетом результатов контрольного эндоскопического исследования). Контрольная ФГС должна быть проведена 8 недель лечения.

С учетом тяжести клинических проявлений ГЭРБ, профессии пациента его следует признать временно нетрудоспособным и оформить листок нетрудоспособности общей продолжительностью не менее 3-х недель.

2 балла - Выбраны оптимальные препараты ИПП, выбор правильно обоснован

1 балл - Выбор препаратов правильный, не указана продолжительность курсового лечения, обоснование выбранной схемы недостаточно, либо отсутствует, неверно определены сроки временной нетрудоспособности.

0 баллов - Выбор неправильный, схемы лечения указаны неверно.

Ответы к задаче 47

Предположите наиболее вероятный диагноз?

- НПВП – ассоциированная гастропатия: эрозивно-язвенное. поражение желудка, осложнившееся состоявшимся желудочно-кишечным кровотечением. Постгеморрагическая анемия легкой степени. ИБС: стабильная стенокардия II ФК, ПИКС по передней стенке и верхушке ЛЖ. Стентирование ЛКА, ПМЖА, ХСН III ФК (NYHA)

2 балла - Диагноз поставлен верно

1 балл - Диагноз поставлен не полностью: упущены или неверно оценены наличие и степень тяжести анемии, функциональный класс стенокардии, стадия сердечной недостаточности.

0 баллов - Диагноз поставлен неверно

Обоснуйте поставленный Вами диагноз?

- Пациент, страдающий ИБС и получающий двойную антитромбоцитарную терапию (ДАТТ): аспирин и клопидогрел, имеет несколько факторов риска развития у него НПВП-ассоциированной гастропатии (пожилой возраст, ИБС, наличие в анамнезе ЯБ ДПК, проведение в течение 1,5 лет ДАТТ, отсутствие указаний на применение антисекреторных средств на фоне ДАТТ). НПВП – ассоциированная гастропатия представлена множественными гастродуоденальными эрозиями и/или язвами, характеризуется мало- или бессимптомным течением и высокой частотой манифестации с развития осложнений – кровотечений. У пациента имеются убедительные диагностические критерии указанного диагноза: синдром желудочной диспепсии, эпизод желудочно-кишечного кровотечения, наличие клинических признаков анемии (тахикардия, снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, снижение показателей МСН и МСНС в общем анализе крови).

2 балла - Диагноз обоснован верно

1 балл - Диагноз обоснован не полностью Не учтены или недооценены все факторы риска развития указанного заболевания

0 баллов - Диагноз обоснован неверно

Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?

- Дополнительно к проведенному обследованию пациенту рекомендовано: проведение ФГДС с биопсией слизистой оболочки желудка из зоны поражения (язвенного дефекта) и стандартных зон биопсии с целью оценки стадии гастрита, уточнения характера поражения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны; диагностика наличия инфекции *H.pylori* морфологическим методом, либо выявление антигена *H.pylori* в кале методом ИФА, либо обнаружение ДНК *H.pylori* в кале методом ПЦР. Использование серологического метода нецелесообразно, т.к., неизвестно проводилась ли эрадикационная терапия ЯБ ДПК в прошлом. В соответствии со Стандартом оказания медицинской помощи при ЯБЖ и ЯБ ДПК рекомендуется анализ крови биохимический (билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, а также железо сыворотки, общая железосвязывающая способность сыворотки, ферритин), ультразвуковое исследование внутренних органов, анализ кала на скрытую кровь,

2 балла - План дополнительного обследования составлен полностью верно

1 балл - План дополнительного обследования составлен верно, но нет обоснования или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов исследования дано неверно.

0 баллов - Не названы три и более дополнительных метода обследования или Обоснования назначения трех и более методов обследования дано неверно или план дополнительного обследования составлен полностью неверно.

Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения?

- Выбор тактики лечения, в том числе, решение вопроса о необходимости стационарного лечения, должен быть осуществлен с учетом результатов эндоскопического обследования пациента. Эталонном лечении НПВП - ассоциированных гастропатий является назначение антисекреторной терапии с целью коррекции факторов агрессии, воздействующих на слизистую оболочку желудка. Препаратами выбора являются ингибиторы протонной помпы (ИПП), используемые в стандартных дозах в острой стадии патологического процесса в гастродуоденальной зоне и в поддерживающих дозах в качестве профилактического средства. Пациенту показана терапия ИПП в постоянном режиме в сочетании с постоянным приемом ДАТТ.

В период острых проявлений НПВП-гастропатии в комбинации с ИПП показана терапия гастропротекторами (висмута трикалия дицитрат, ребамипид, сукральфат) курсами не менее 4-х недель.

В случае выявления инфекции *H.pylori* пациенту показана эрадикация инфекции с целью снижения степени риска ulcerогенных воздействий на слизистую оболочку гастродуоденальной зоны при продолжающейся терапии аспирином и клопидогрелем.

Пациенту показана в постоянном режиме терапия ИБС: помимо ДАТТ рекомендуется прием гиполипидемического средства (аторвастатина, розувастатина), селективного б-блокатора (бисопролола), мочегонного средства (верошпирона, торасемида), ингибитора

АПФ в связи с наличием симптомов сердечной недостаточности и с учетом уровня артериального давления.

В случае выявления сидеропении показана терапия препаратами железа до достижения уровня нормальных значений гемоглобина.

Медикаментозная терапия должна проводиться на фоне использования диетотерапии. Показана диета в рамках стола 1 в период обострения на 4-6 недель с последующим индивидуальным расширением в рамках стола 5п.

2 балла - Тактика ведения больного определена верно, в полном объеме

1 балл - Тактика ведения больного определена не в полном объеме (указаны не все группы препаратов, неверно указана продолжительность лечения).

0 баллов - Тактика ведения больного определена неверно или не указаны 3 и более групп необходимых препаратов.

Укажите препараты из группы ИПП, которые Вы выбрали бы в данном случае. Обоснуйте Ваш выбор. Укажите дозы препаратов. Выберите схему эрадикационной терапии?

- При выборе ИПП следует руководствоваться сведениями о лекарственном взаимодействии препаратов. С учетом необходимости использования комбинированной терапии, включающей клопидогрел, следует выбирать ИПП с наименьшими лекарственными взаимодействиями:

оптимальный выбор – пантопразол 40 мг 2 раза в день или рабепразол 20мг 2 раза в день не менее 4-х недель, далее препарат ИПП может применяться в половинной дозе.

В качестве схемы эрадикации инфекции *H.pylori* возможно использование 10-дневной тройной терапии с добавлением висмута трикалия дицитрата с последующей пролонгацией курса цитопротектора до 4-х недель.

4-хнедельные курсы цитопротекторов (ребамипид) целесообразно повторять 3-4 раза в год.

2 балла - Выбраны оптимальные препараты ИПП, выбор правильно обоснован

1 балл - Выбор препаратов правильный, обоснование недостаточно, либо отсутствует

0 баллов - Выбор неправильный, схемы лечения указаны неверно.

Ответы к задаче 48

Предположите наиболее вероятный диагноз?

- Хронический бескаменный холецистит бактериальной этиологии, фаза обострения.

2 балла - Диагноз поставлен верно.

1 балл - Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена этиология и фаза заболевания.

0 баллов - Диагноз поставлен неверно.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз?

- **Диагноз:** Хронический бескаменный холецистит бактериальной этиологии, фаза обострения, установлен на основании жалоб больного на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема жирной, жареной

пищи, иррадиирующую в правое плечо, правую лопатку; горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул; (типичны для хронического холецистита);

Подтверждают диагноз хронического холецистита данные анамнеза, объективного осмотра (умеренная болезненность при пальпации в области правого подреберья, болезненность в точке Макензи, положительные симптомы Ортнера, Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского справа).

В общем анализе крови выявлены воспалительные изменения: лейкоцитоз (до $11,2 \times 10^9/\text{л}$); повышение СОЭ - до 19 мм/ч.

При УЗИ органов брюшной полости визуализируется увеличенный до 3,5 см, деформированный желчный пузырь с перегибом в шейке, что свидетельствует о хроническом процессе. Выявлено утолщение (до 5 мм) и уплотнение стенок желчного пузыря, наличие «застойной» желчи, что характерно для хронического холецистита.

Подтверждают диагноз хронического холецистита данные дуоденального зондирования (при микроскопии желчи определяются скопления слизи, лейкоцитов и клеточного эпителия).

- исключена паразитарная этиология хронического холецистита: (иммуноферментный анализ на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, токсакароз – отрицательный); а также отрицательный результат анализа кала на яйца глист (трижды);

2 балла - Диагноз обоснован верно.

1 балл - Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование этиологии, фазы хронического холецистита.

0 баллов - Диагноз обоснован полностью неверно.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента?

- В план обследования необходимо включить ультразвуковую холецистографию для уточнения функциональной способности желчного пузыря.

Бактериологическое исследование желчи для определения возбудителя хронического холецистита.

2 балла - План дополнительного обследования составлен полностью верно.

1 балл - План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.

Или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано неверно.

0 баллов - План дополнительного обследования составлен полностью неверно.

Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента?

Рекомендовано соблюдение диеты (стол №5 по Певзнеру). Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао, орехи. Показан частый дробный прием пищи (до 5-6 раз в день). Важным является снижение в пищевом рационе доли животных жиров и увеличение растительных. Для предупреждения застоя желчи и улучшения пассажа химуса по кишечнику блюда обогащаются пищевыми волокнами в виде пшеничных отрубей.

Пациентке показано назначение антибактериальных препаратов:

Фторхинолоны: ципрофлоксацин по 500 мг два раза в сутки после еды в течение 7 дней.

Коррекция антибактериальной терапии проводится после получения посева желчи на микрофлору и определения ее чувствительности к антибиотику.

Для купирования болевого синдрома показано назначение селективного миотропного спазмолитика мебеверина гидрохлорида (дюспаталин) в дозе 200 мг 2 раза в сутки в течение 2-4 недель;

С целью устранения диспепсических явлений рекомендовано назначение домперидона (мотилиум) в дозе 10 мг за 30 мин до еды 3 раза в сутки в течение 14 дней.

Показано назначение холекинетиков, которые усиливают мышечное сокращение желчного пузыря и поступление желчи в 12-перстную кишку (сорбит, ксилит, сульфат магния, карловарская соль, холецистокинин, холосас);

- холосас по 1 чайной ложке (5 мл) за 15 мин до еды 3 раза в сутки в течение 1 месяца.

2 балла - Лечение назначено обоснованно.

1 балл - Медикаментозное лечение назначено не полностью

0 баллов - Лечение назначено неверно

При повторном обращении к врачу через 1 месяц после лечения пациентка отмечает улучшение самочувствия, исчезновение общей слабости, болей в правом подреберье, горечи во рту, тошноты, отрыжки воздухом, нормализацию стула.

Объективно: язык влажный, не обложен; живот мягкий, безболезненный. Симптомы Ортнера, Кери, Мерфи, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа – отрицательные.

Общий анализ крови – в пределах нормы; Биохимия крови - в пределах нормы. При УЗИ органов брюшной полости – патологических изменений не выявлено.

Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

- У пациентки в результате лечения отмечена положительная динамика. Исчезли проявления астенического, болевого, диспепсического синдромов. При объективном обследовании – «пузырные» симптомы отрицательные.

Воспалительные изменения в крови нивелировались. По данным УЗИ органов брюшной полости также отмечена положительная динамика.

Пациентке рекомендовано соблюдение диеты. Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао, орехи, изделия из теста (особенно сдобного), кремы, мясные бульоны. Исключить продукты, содержащие большое количество холестерина (печень, мозги, яичные желтки, бараний и говяжий жиры и др.). Показан частый дробный прием пищи (до 5-6 раз в день). Для предупреждения застоя желчи и улучшения пассажа химуса по кишечнику блюда обогащаются пищевыми волокнами в виде пшеничных отрубей. Энергетическая ценность рациона должна составлять 2500-2900 ккал с оптимальным содержанием белков, жиров, углеводов и витаминов. Избегать физического и эмоционального перенапряжения.

В фазе ремиссии показана лечебная гимнастика, а также санаторно-курортное лечение, которое проводят в Ессентуках, Железноводске, Пятигорске, Трускавце, Белокурихе, Моршине, Джермуке и др.

Диспансерное наблюдение у терапевта, гастроэнтеролога.

2 балла- Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.

1 балл - Тактика ведения пациента недостаточно обоснована.

0 баллов - Тактика ведения данного пациента выбрана неверно.

Ответы к задаче 49

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Вирусный гепатит В без дельта агента, цирроз печени (HBsAg+, анти-HBcIgG+, HBeAg(-), анти-HDV-) в фазе репликации (ДНК HBV+, 61000 МЕ/мл), F4 (по шкале METAVIR), стадия компенсации, класс А по Чайлд-Пью.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Диагноз поставлен на основании наличия в течение последних 2-х лет общей слабости, утомляемости, чувства тяжести в правом подреберье, данных эпиданамнеза – больной был донором, объективных данных: иктеричности кожных покровов и склер, наличия телеангиэктазий на груди, плечах и спине, умеренной болезненности в области увеличенной (по Курлову: 12 (+3)×8×7 см), плотноватой печени. Увеличения общего билирубина до 35 мкмоль/л за счет непрямого билирубина – 29,5 мкмоль/л; АЛТ – 230 ед/л; АСТ – 155 ед/л; ГГТП – 83 ед/л; ЩФ – 143 ед/л; ПТИ – 55%, определения маркеров гепатита В методом ИФА HBsAg (+); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти-HBe (+); анти-HBcIgM (-); анти-HDV (-), концентрация Ig класса Gγ в сыворотке крови – 7,0 г/л; ДНК вируса гепатита В методом ПЦР, вирусная нагрузка – 61000 МЕ/мл. Эластометрия печени: стадия F4 (по шкале METAVIR), цирроз печени. выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени при УЗИ органов брюшной полости.

4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

План дополнительного исследования – проведение ФГДС.

Лечение аналогами нуклеотидов: Энтекавир 0,5 мг /сутки. Соблюдение щадящей диеты, ограничение тяжелых физических нагрузок. Трансплантация печени проводится в случае прогрессирования и декомпенсации процесса.

5. Через 6 месяцев постоянного лечения концентрация ДНК ВГВ – 10 МЕ/мл. Серологическое исследование (ИФА): HBsAg (-); анти-HBs (+); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти-HBe (+); анти-HBcIgM (-). Биохимия крови: АЛТ – 78 ед/л, АСТ – 52 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; общий билирубин – 34 мкмоль/л; ПТИ – 60%; креатинин – 72 мкмоль/л. Общий анализ крови – в пределах нормы. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор

Продолжить лечение аналогами нуклеозидов до 12 мес, в качестве консолидирующей терапии.

Ответы к задаче 50

1. Вирусный гепатит С, цирроз печени, 1 генотипа, фаза репликации (РНКСV+, 31000 МЕ/мл), F4 (по шкале METAVIR), в стадии компенсации (класс А по Чайлд-Пью).
2. Диагноз поставлен на основании наличия у больного в течение 2-х лет общей слабости, повышенной утомляемости, снижения работоспособности, почти постоянных тупых болей в области правого подреберья, тошноты, нарушения сна, периодического повышения температуры до субфебрильных цифр, ухудшения самочувствия в течение месяца после перенесенного гриппа, данных эпиданамнеза (больной был донором), объективных данных: иктеричности кожи и склер, телеангиэктазий на груди, плечах и спине, болезненности при пальпации в области увеличенной печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см, печень плотноватой

- консистенции, результатов лабораторного исследования: увеличения общего билирубина – 36 мкмоль/л за счет непрямого билирубина – 30,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 5,5 мкмоль/л; АЛТ – 218 ед/л; АСТ – 157 ед/л; ГГТП – 82 ед/л; ЩФ – 142 ед/л, ПТИ – 57%, данных эластометрии печени- стадия F4(по шкале METAVIR), цирроз печени, гепатомегалии, диффузных дистрофических изменений паренхимы печени при УЗИ органов брюшной полости; результатов ИФА: анти-НСV+, данных ПЦР (РНК НCV +, 1 генотип, вирусная нагрузка – 31000 МЕ/мл.).
3. План дополнительного обследования: ФГДС, уточнение генотипа (1a, 1в)
 4. Не содержащая интерферон терапия представлена комбинацией ингибиторов протеаз Паритапревир/Ритонавир/Омбитасвир 150мг/100мг/25мг в сутки и дасабувира 500 мг в сутки. Данные ингибиторы протеаз включены в комплексный препарат Викайра Пак. В связи с развитием цирроза к лечению добавляется рибавирин ежедневно в дозе, зависящей от массы тела (1000 мг/сут для пациентов с массой тела <75 кг или 1200 мг при массе >=75 кг). Немедикаментозное лечение заключается в соблюдении щадящей диеты, ограничении тяжелых физических нагрузок. Трансплантация печени проводится в случае прогрессирования и декомпенсации процесса.
 5. Продолжить лечение при генотипе 1в длительность курса 12 недель, при генотипе 1a – 24 недели.

Ответы к задаче 51

1. Наиболее вероятный диагноз.

Язвенный колит, рецидивирующее течение средней степени тяжести, умеренной активности, с преимущественным поражением прямой и сигмовидной кишки (дистальный колит). Железодефицитная анемия средней степени тяжести.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота, перед дефекацией, либо сразу после опорожнения кишечника, неоформленный стул до 5-6 раз в сутки с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула, в том числе, в ночное время. Анамнеза – выше описанные симптомы сохраняются около полугода, похудел на 5 кг. Данных ОАК, копрологического исследования и результатов ректороманоскопии: слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отечна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью.

3. Для диффдиагностики с болезнью Крона с локализацией в толстой кишке, злокачественной опухолью и туберкулезом толстой кишки необходимо проведение колоноскопии с биопсией, УЗИ органов брюшной помощи, КТ органов брюшной полости (оценка лимфоузлов), контроль ОАК, определение группы крови и резус-фактора, биохимическое исследование (холестерин, билирубин, белок и фракции, АСТ, АЛТ, К, Na, Ca), анализ кала на скрытую кровь и бактериальную флору, общий анализ мочи.

4. План ведения пациента. Диета - стол 4. Рекомендуются вареная и приготовленная на пару протертая пища с ограничением клетчатки, жира и индивидуально непереносимых продуктов (как правило, молока), в тяжелых случаях - питание элементными смесями или парентеральное питание.

Базисными препаратами в лечении неспецифического язвенного колита являются препараты 5-аминосалициловой кислоты, глюкокортикоиды и при резистентности назначаются иммунодепрессанты. Месалазин в дозе 2-4 г/сутки преимущественно в таблетированной форме, или Сульфасалазин (2-8 г/сутки, обязательно в сочетании с фолиевой кислотой, 5 мг/сутки). При наличии перианальных поражений в комплекс лечебных мероприятий включают метронидазол в дозе 1,0-1,5 г/сутки. Дополнительные препараты (антибиотики, пребиотики, ферменты, антидиарейные препараты и др.)

назначают по показаниям. По достижении ремиссии пациенты продолжают поддерживающую терапию месалазином или сульфасалазином (2 г/сутки в течение, как минимум, 2 года). При непереносимости препаратов 5-аминосалициловой кислоты используют преднизолон (10-30 мг через день).

При среднетяжелых формах применяется преднизолон внутрь 40 мг в сутки в течение месяца с постепенным снижением дозы до 5-10 мг в неделю, при проктосигмоидите назначаются микроклизмы (гидрокортизон 125 мг или преднизолон 20 мг) 2 раза в сутки в течение 7 дней. Одновременно длительно назначается сульфасалазин 2 г (или другие препараты 5-АСК).

Динамическое наблюдение по достижении ремиссии заключается в проведении эндоскопического исследования не реже одного раза в 2 года на протяжении 8 лет

5. Экспертиза трудоспособности. Трудоспособные: больные с легкой и средне-тяжелой степенью тяжести течения заболевания в фазе ремиссии при отсутствии противопоказанных условий труда.

Критерии временной утраты трудоспособности являются фаза обострения, развитие осложнений, характер течения. Длительность временной нетрудоспособности при легком течении — 2—3 недели, при средней степени тяжести течения—1,5—2 месяца, при тяжелой — 2 месяца и более. Развитие осложнений увеличивает сроки временной нетрудоспособности. При хирургическом методе лечения — до 2 месяцев. Критерием восстановления трудоспособности является достижение фазы стойкой ремиссии при отсутствии осложнений и противопоказанных условий и видов труда в профессии больного.

Противопоказанные условия и виды труда. Значительное физическое и нервно-психическое напряжение; работа, связанная с вынужденным положением тела, напряжением брюшного пресса, невозможностью соблюдения режима питания, в неблагоприятных микроклиматических условиях, а также связанная с воздействием гастрогенных ядов (свинец, олово, мышьяк), вибрации, радиации и т. п.

Показания для направления на МСЭ. Тяжелое течение заболевания. Средней степени течение НЯК при отсутствии положительного эффекта лечения. Средней и легкой степени тяжести течение при наличии противопоказанных условий и видов труда и невозможности трудоустройства по ВКК. Выраженные нервно-психические расстройства (патологическое развитие личности, невротоподобные состояния).

Ответы к задаче 53

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Остеопороз 2 степени пояснично-крестцового отдела позвоночника.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз

Женский пол, возраст старше 65 лет, болевой синдром, ранняя менопауза, пониженная масса тела, данные рентгенографии (клиновидная деформация позвонков, искривление позвоночника)

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

Денситометрия, электролиты крови (кальций, магний, неорганический фосфор), паратгормон, остеокальцин, деоксипиридонолин (ДПИТ) в моче, показатели липидного спектра крови.

4. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов (с указанием доз используемых препаратов).

. Диета и пищевые добавки, обогащенные кальцием и витамином «Д», ЛФК, массаж низкой интенсивности, поддерживающий корсет. Бифосфонаты: алидронат 70 мг 1 раз в неделю или ризедронат 30 мг 1 раз в неделю. Миокальцик.

5. Пациентка повторно обратилась на консультацию через 2 года. По данным денситометрии Т-критерий в поясничном отделе позвоночника составил -3,0 (в начале лечения), -3,4 (через 1,5 года); в бедре показатели Т-критерия составили -2,2 и -2,5 соответственно. Кроме того, 5 месяцев назад у пациентки был низкоэнергетический перелом левой лучевой кости. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте свой выбор.

Ответы к задаче 54

1.Предположите наиболее вероятный диагноз

Ревматоидный артрит, серопозитивный, ранняя стадия, активность 2 (DAS 28 =3,5), неэрозивный (рентгенологическая стадия I), ФК II. Железодефицитная анемия легкой степени тяжести. НПВП-гастропатия. ГПОД.

2 балла - Диагноз поставлен правильно

1 балл - Диагноз поставлен неточно, не указаны стадия или степень тяжести, внесуставные признаки, ФК

0 баллов - Диагноз поставлен неверно

2.Обоснуйте поставленный вами диагноз

При постановке диагноза ревматоидного артрита используются критерии Американской лиги ревматологов (1997)

- жалобы на боли «воспалительного характера» в проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, коленных суставах; припухание и скованность в них; снижение веса, слабость

-анамнез- болеет в течение полугода, самостоятельно принимала аспирин и диклофенак

- данные объективного исследования: II- IV проксимальные межфаланговые, II- III пястно-фаланговые суставы, лучезапястные, коленные суставы отечны, болезненные при пальпации, движения в них ограничены, определяется баллотирование надколенников, западание межкостных промежутков на обеих костях. ЧБС-12, ЧПС-10.

- данные дополнительных исследований: ОАК-гипохромная микроцитарная анемия, повышение СОЭ, повышение СРП до 30 ,5мг\л, повышение РФ до 120 МЕ\л; рентгенография кистей и стоп – околосуставной остеопороз (типичный для РА)

У больной имеется 6 критериев из 7 (утренняя скованность, артрит 3 и более суставов, артрит суставов кистей, симметричный артрит, РФ, рентгенологические изменения, типичные для РА); оценка активности РА проводится с использованием индекса - DAS 28 (DAS 28= 3,3- 5,1 соответствует средней степени активности болезни) ; рентгенологическая стадия I (по Штейнбрюкеру) - околосуставной остеопороз ; функциональный класс II – сохранены возможности самообслуживания, непрофессиональная деятельность, ограничены возможности занятием профессиональной деятельностью

Диагноз железодефицитной анемии ставится на основе жалоб на слабость, одышку, анамнеза – указание на длительный прием без назначения врача аспирина, диклофенака; в ОАК – гипохромная микроцитарная анемия, в биохимическом анализе крови – снижение уровня сывороточного железа, ЭГДС – ГПОД, хронический гастрит

Диагноз НПВП-гастропатии выставлен на основе анамнеза (длительный прием НПВП) и данных ЭГДС (хронический гастрит, отсутствие НР, ГПОД)

2 балла - Диагноз обоснован верно

1 балл - Диагноз обоснован не полностью (отсутствует обоснование одной из нозологических форм или осложнений)

0 баллов – Диагноз обоснован полностью неверно

3.Для выявления осложнений (как самого РА, так и побочных эффектов проводимой терапии) ОАМ, анализ кала на скрытую кровь, холестерин,

ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости

2 балла - Дополнительные методы обследования назначены правильно

1 балл - Дополнительные методы обследования названы не полностью

0 баллов - Дополнительные методы обследования назначены неверно

4. Для уменьшения болей в суставах всем пациентам РА назначают НПВП. При выборе НПВП принимают во внимание следующие факторы:

-безопасность (наличие и характер факторов риска побочных эффектов)

-наличие сопутствующих заболеваний.

В данном случае рекомендован для симптоматической терапии

Мелоксикам 15 мг\сут. в один прием (ингибитор ЦОГ-2, учитывая факторы риска НПВП-гастропатии – предшествующий прием диклофенака и хр. гастрит по данным ЭГДС).

5.Дальнейшая тактика ведения:

1.немедикаментозная – сбалансированная диета (включающая продукты с высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот, фрукты, овощи), лечебная физкультура, избегать интеркуррентных инфекций

2. базисная терапия

1. Метотрексат 7,5 мг в/м 1 раз в нед. При нормальной переносимости через 4 недели дозу увеличить на 2,5 мг в неделю до 15 мг/нед. Длительность терапии не менее 6 месяцев

2. Фолиевая кислота 5мг/нед. - После приема метотрексата (снижает риск развития гастроэнтерологических и печеночных побочных эффектов и цитопении) – 6 мес.

3. Преднизолон 10 мг утром после завтрака в день приема метотрексата

3.лечение анемии

Сорбифер-дурулес 100 мг в сутки, утром. После еды в течение 3-х месяцев

4. Лечение НПВП-гастропатии: замена неселективных НПВП на селективные ингибиторы ЦОГ-2, ИПП в стандартной дозе (омепразол 40 мг /сутки, рабепразол 10 мг/сутки) сроком на 4 недели.

5. Мониторинг клинико-лабораторной активности РА и профилактика побочного действия лекарственной терапии: ОАК (1раз в месяц), АЛТ, АСТ (каждые 4 недели), мочевины, креатинин (каждые 6-12 месяцев), сывороточное железо (через 3 мес.) рентгенография грудной клетки (при развитии одышки и кашля)

2 балла - Лечение назначено верно. Выбор терапии обоснован

1 балл - Лечение назначено верно, но не обоснован выбор терапии

0 баллов - Лечение назначено неверно

Ответы к задаче 55

Предположите наиболее вероятный диагноз?

Гипертоническая болезнь II стадия. Артериальная гипертензия 2 степени. Риск 3. Дислипидемия IIА

Обоснуйте поставленный Вами диагноз?

Диагноз гипертонической болезни установлен на основании жалоб больной, на периодические головные боли, преимущественно в затылочной области, сопровождающиеся слабостью, шумом в ушах, тошнотой, на фоне повышения АД до

170/105 мм рт.ст данных анамнеза (страдает АГ около 4 лет). Из анамнеза жизни выявлены факторы риска АГ: наследственный анамнез (отец умер от ОИМ в 45 лет, мать страдает АГ), дислипидемия, фактор стресса. При объективном обследовании: состояние состояние удовлетворительное, пациентка эмоционально лабильна, рост 162, вес 64 кг, ИМТ 24,39 кг/м². Отёков нет. В лёгких – везикулярное дыхание. ЧД–17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС–72 в минуту. АД–170/100 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги, безболезненная. Селезёнка не увеличена. Поколачивание в области почек безболезненное с обеих сторон. В анализах: ОАК, ОАМ в пределах нормы; общий холестерин –5,8ммоль/л, ТГ –1,9 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2ммоль/л; ХС-ЛПНП –3,1ммоль/л, глюкоза натощак –5,1ммоль/л, креатинин–64 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКD-EPI) = 95 мл/мин; ЭКГ: синусовый ритм, 70 ударов в минуту, угол α -30°, индекс Соколова-Лайона 39 мм.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента?

Пациентке рекомендовано проведение эходоплеркардиографии для выявления состояния сократительной способности миокарда, толщину миокарде левого желудочка, УЗДГ МАГ, УЗИ почек. Консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии.

Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор?

Достижение нормализация АД (целевой уровень не выше 130/80 мм рт ст) путем назначения комбинации иАПФ (эналаприла до 10-20 мг в сутки и индапамида 2,5 мг в сутки). Учитывая наличие дислипидемии у больной – назначение розувастатина 20 мг вечером под контролем липидного спектра (целевой уровень ХС у пациентки <4,5 ммоль/л, ХС-ЛПНП <2,5 ммоль/л).

Диспансерное наблюдение за больным после выписки из стационара. Периодичность определения липидного спектра крови, ЭКГ и холтеровского мониторирования ЭКГ, эхокардиографии?

Больная наблюдается кардиологом в поликлинике. Повторный прием через 1 месяц. Если контроль артериального давления достигнут, то дальнейшие визиты к врачу для мониторирования назначаются 1 раз в 6 месяцев у больных со средним и низким риском. При гипертонической болезни с высоким и очень высоким риском назначаются 1 раз в 3 месяца. Показатели липидного обмена исследуются 1 раз в 3 месяца до достижения целевых показателей. При недостаточной эффективности терапии, снижении чувствительности к препарату производится его замена или присоединение другого препарата с последующим контролем не ранее чем через 1 месяц. При резистентной АГ (АД более 140/90 мм рт. ст. при терапии тремя препаратами в субмаксимальных дозах) следует убедиться в отсутствии объективных причин резистентности (недиагностированная вторичная гипертензия, несоблюдение больным режима приема препаратов или рекомендаций по соблюдению образа жизни. Например, избыточное употребление соли, прием сопутствующих препаратов, ослабляющих эффект терапии, неправильное измерение АД, например, при неадекватном размере манжеты). В случае истинно резистентной гипертонии следует направить больного на дополнительное обследование. При стойкой нормализации артериального давления (в течение года) и соблюдении мер по изменению образа жизни у пациентов в группах низкого и среднего риска возможно постепенное уменьшение количества и дозы применяемых препаратов.

Ответы к задаче 56

Предположите наиболее вероятный диагноз?

Метаболический синдром. Ожирение 1. Дислипидемия. Гипергликемия. Высокий риск ССЗ

Обоснуйте поставленный Вами диагноз?

Метаболически синдрому больного имеется совокупность факторов, которые способствуют развитию сердечнососудистых заболеваний. У больного имеются признаки избыточной массы тела (ИМТ 32,8 кг/м²) в сочетании с нарушениями углеводного (глюкоза плазмы натощак -6,2 ммоль/л и жирового обмена (общий холестерин- 5,8 ммоль/л, ТГ- 4,1 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 0,9 ммоль/л). Также имеется отягощенная наследственность по сердечнососудистым заболеваниям (у матери ГБ и ОНМК), нерациональное питание (избыточное содержание в рационе жиров и углеводов), низкая физическая активность (малоподвижный образ жизни), злоупотребление табакокурением (1,5 пачки сигарет в день). Отягощенная наследственность развития ранних ССЗ (ГБ, ОНМК); большой стаж курения – 30 лет до 1,5 пачек/день, употребление алкоголя – 100 мл крепких напитков в неделю, избыточное употребление животного жира и углеводов; малоподвижный образ жизни – 9 мес/год; избыточная масса тела – индекс 32,8 кг/м²; окружность талии – 108 см; гипер- и дислипидемия – общий холестерин – 5,8 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 3,22 ммоль/л, ТГ – 4,1 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л,

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента?

Для выявления доклинического атеросклероза необходимы исследования толщины интимы сонных, брахиоцефальных (коронарных) артерий – дуплексное сканирование; для исключения ГБ – суточное мониторирование АД (холтер), сосуды глазного дна (консультация окулиста), толщину левого желудочка (УЗИ сердца, ЭКГ-индекс Соколова-Лаела, консультация кардиолога); консультация эндокринолога – коррекция веса, углеводного обмена, инсулинорезистентности.

Определите тактику лечения пациента и обоснуйте свой выбор?

Пациенту 2 группы «здоровья» не показано медикаментозное лечение. Немедикаментозное лечение для снижения риска смерти от ССЗ в ближайшие 10 лет проводить с целью ликвидации рисков: - отказ от курения – 50% успеха; - отказ от употребления крепких алкогольных напитков (12 мл=70 ккал); - снижение веса (ИМТ <25 кг/м²; ОТ - < 102 см >94 см) избыточный вес, абдоминальное ожирение способствуют дислипидемии; - регулярная физическая активность (ходьба ежедневно 3 км или интенсивная физическая нагрузка 30-60 минут 5-7 дней/неделю), снижение ТГ и повышает ХС-ЛПВП; - кардиоспецифическая сбалансированная диета (соль – 5 г/сут., сахар – 6 кусков, с уменьшением животного жира, увеличение пищевых волокон (нормализует липиды и углеводы, вес)); - использовать пищевые добавки, содержащие омега-3 ПНЖК (ОХ < 5; ЛНП < 3; ЛВП > 1,0; ТГ < 1,7 – целевой уровень для пациентов с умеренным риском ССЗ 2-ой гр. «Здоровья».

Определите план диспансерного наблюдения?

Работа врача с мотивированным амбулаторным пациентом по ликвидации факторов риска может проводиться по индивидуальному графику визитов в период борьбы с курением или не реже 2 раз в год и 1 раз в год осмотра кардиологом с контролем липидов, углеводов, веса, ОТ, АД, ЭКГ и др. по необходимости; возможно подключение препаратов коррекции веса, липидов, углеводов, диетических рекомендаций.

Ответы к задаче 57

Предположите наиболее вероятный диагноз?

ИБС. Вариантная (вазоспастическая) стенокардия. Гипертоническая болезнь I стадии.

Артериальная гипертензия 1 степени. Риск 3. Дислипидемия ПА ХСН I ФК 0

Обоснуйте поставленный Вами диагноз?

Диагноз ИБС. Вариантной стенокардии выставлен на основании жалоб и данных анамнеза (приступы давящих болей за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникающие в покое, преимущественно в ночное время и в ранние утренние часы (4-6 часов утра). Приступы проходят самостоятельно в течение 3-4 минут. Из анамнеза известно, что приступы болей за грудиной беспокоят в течение 3 месяцев. Физическую нагрузку переносит хорошо, может подняться на 5-6 этаж без остановки, болевые приступы при этом не возникают. Появление болей за грудиной связывает с возникшей стрессовой ситуацией на работе). После длительного перерыва в 10 лет, в последний год вновь стал курить по 10 сигарет в день. Семейный анамнез: отец и мать пациента живы, отец страдает АГ, мать – стенокардией. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 172 см, вес 66 кг, ИМТ 22,3 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. В лёгких – дыхание везикулярное. ЧД 16 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС 64 уд. в 1 минуту. АД 127/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических расстройств нет. В анализах: глюкоза натощак – 5,1 ммоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л, общий холестерин – 6,3 ммоль/л, ТГ – 2,2

ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 4,2 ммоль/л, АСТ 28 ед/л, АЛТ 34 ед/л.; ЭКГ в покое: синусовый ритм, 61 ударов в минуту. ЭОС не отклонена.

Диагноз гипертонической болезни 1, артериальной гипертензии 1, риск 3 установлен на основании жалоб и анамнеза больного - в течение последних 2 лет отмечает подъёмы артериального давления до 140/90 мм рт. ст. При ощущаемых субъективно подъёмах АД принимает (по рекомендации жены) капотен. Объективно - Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЭКГ в покое: синусовый ритм, 61 ударов в минуту. ЭОС не отклонена.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента?

Пациенту рекомендовано проведение ХМ АКГ и АД, эходоплеркардиографии для выявления состояния сократительной способности миокарда, участков а- и гипокинезов, толщину миокарда левого желудочка, УЗДГ МАГ, УЗИ почек. Консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии.

Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор?

Дилтиазем до 360 мг/сут (комбинированная терапия пролонгированными нитратами и АК у большинства больных приводит к ремиссии вазоспастической стенокардии. В течение 6—12 мес после прекращения приступов стенокардии можно постепенно снизить дозы антиангинальных препаратов. При этом нитраты менее эффективны в профилактике приступов стенокардии покоя. АК более эффективны для устранения коронарораспазма); Аспирин 75 мг/сут; статины (учитывая наличие дислипидемии у больной – назначение

розувастатина 20 мг вечером под контролем липидного спектра (целевой уровень ХС у пациента <4,5 ммоль/л, ХС-ЛПНП <2,0 ммоль/л); триметазидин МВ может быть назначен на любом этапе терапии для усиления антиангинальной эффективности АК и нитратов, а также в качестве альтернативы при их непереносимости или противопоказаниях к применению.

Достижение нормализация АД (целевой уровень не выше 130/80 мм рт ст) путем назначения комбинации иАПФ (эналаприла до 10-20 мг в сутки и индапамида 2,5 мг в сутки, если не будет достаточно назначения АК).

Диспансерное наблюдение за больным после выписки из стационара. Периодичность определения липидного спектра крови, ЭКГ и холтеровского мониторинга ЭКГ, эхокардиографии. Большое значение имеет устранение факторов, способствующих развитию стабильной стенокардии, таких как ожирение и дислипидемия.

Больной наблюдается кардиологом в поликлинике. Диспансерное наблюдение подразумевает систематические визиты к врачу кардиологу (терапевту) 1 раз в 6 мес с обязательным проведением инструментальных методов обследования: ЭКГ, ЭхоЭКГ, нагрузочные пробы, определением липидного профиля, а также, проведение по показаниям Холтеровского мониторинга ЭКГ, СМАД. Существенным моментом является назначение адекватной медикаментозной терапии. Показатели липидного обмена исследуются 1 раз в 3 месяца до достижения целевых показателей. При недостаточной эффективности терапии, снижении чувствительности к препарату производится его замена или присоединение другого препарата с последующим контролем не ранее чем через 1 месяц. При резистентной АГ (АД более 140/90 мм рт. ст. при терапии тремя препаратами в субмаксимальных дозах) следует убедиться в отсутствии объективных причин резистентности (недиагностированная вторичная гипертензия, несоблюдение больным режима приема препаратов или рекомендаций по соблюдению образа жизни. Например, избыточное употребление соли, прием сопутствующих препаратов, ослабляющих эффект терапии, неправильное измерение АД, например, при неадекватном размере манжеты).

Ответы к задаче 58

Предположите наиболее вероятный диагноз?

- ИБС. Стабильная стенокардия напряжения ИФК. Ожирение 1 степени. Дислипидемия.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз?

-Характерная клиническая картина ИБС и положительный эффект от приема нитратов (жалобы на давящие боли за грудиной, длительностью от 2 до 5 минут, возникающие при подъеме по лестнице на 2-й, 3-й этаж, боли периодически отдают в левую руку, купируются нитроглицерином в течение 2-3 минут, потребность в нитроглицерине 3-4 раза в день), наличие факторов риска ИБС (мужской пол, возраст, возможно стрессовые ситуации на работе, отягощенный семейный анамнез, ожирение, гиперхолестеринемия).

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента?

- ЭКГ (в покое лишь во время болей можно выявить признаки ишемии: снижение сегмента ST и зубца T переходящего характера, реже отмечается при этом подъём сегмента ST, вне болей эти изменения могут быть лишь косвенными признаками возможной ИБС. В покое можно выявить признаки перенесенного Q инфаркта миокарда, соотнеся эти признаки с анамнезом).

ВЭМ или тредмил (для подтверждения стенокардии и диагностирования функционального класса) ХОЛТЕР-ЭКГ (выявить признаки ишемии аналогичные как при ВЭМ, сопровождаемые болью или эпизоды без болевой ишемии, но может не выявиться ничего, если пациент не выполнял каких-либо нагрузок).

ЧПСС (При увеличении ЧСС могут появиться признаки ишемии аналогичные как при ВЭМ).

ЭХО-КГ (выявить признаки атеросклероза аорты, а при доплерографии поражения проксимальных частей коронарных артерий, выявляются признаки рубцовых изменений миокарда, аневризмы сердца и дифференциальная диагностика с другими заболеваниями сердца).

Стресс-ЭХО-КГ (для выявления участков ухудшение сократимости на фоне нагрузки).

Коронарография (является золотым стандартом исследования при стенокардии для ее диагностики и решения вопроса о методах реваскуляризации, существенным считается сужение коронарной артерии более 50%).

Консультация окулиста (оценить сосуды глазного дна).

Препараты каких групп антиангинальных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

- К антиангинальным препаратам относятся β -адреноблокаторы, антагонисты кальция, блокаторы if -каналов, нитраты и нитратоподобные препараты, миокардиальные цитопротекторы.

Препаратами выбора у данного пациента несомненно являются β -адреноблокаторы (предупреждение приступов стенокардии за счет снижения ЧСС до 50-55 в мин и АД в покое, уменьшаться их прирост при нагрузке, это снижает потребность миокарда в кислороде), только в случае противопоказаний к этой группе препаратов можно рассмотреть прием антагонистов кальция или блокаторов if -каналов.

В качестве препарата второй линии, возможно рассмотреть прием нитратов пролонгированного действия.

Препаратом третьей линии возможно назначение миокардиальных цитопротекторов.

Через 3 месяца регулярной антиангинальной терапии (препарата из группы лекарственных средств, выбранной в прошлом вопросе) + розувастатин 20 мг/сутки + ацетилсалициловая кислота 100 мг/сутки + соблюдение диеты – приступы стенокардии стали более редкими, потребность в короткодействующих нитратах 1-2 раза в день, АД колеблется в пределах 125-130/75-80 мм рт.ст., ЧСС в покое около 70-74 ударов в минуту, вес 87 кг, общий холестерин – 4,3 ммоль/л, ТГ – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 2,1 ммоль/л, АСТ 51ед/л, АЛТ 41ед/л.

Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

- На фоне назначенной терапии у пациента отмечен положительный терапевтический эффект: снизилась потребность в нитратах, достигнуты целевые значения общего холестерина, ХС-ЛПНП, АД, незначительно снизился вес. Отмечается незначительное повышение АСТ, АЛТ в пределах 3 норм, поэтому прием розувастатина нужно продолжить под контролем АЛТ, АСТ 1 раз в 3 месяца. Необходимо увеличить дозу β -адреноблокатора до достижения целевого уровня ЧСС 50-55 в покое. Необходимо продолжить соблюдение диеты и адекватной физической нагрузки с целью дальнейшего снижения веса.

Ответы к задаче 59

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Гипертоническая болезнь III стадии. Артериальная гипертензия 3 степени. Риск IV. Атеросклероз церебральных артерий. Дисциркуляторная энцефалопатия II-III степени. Старческая астения (исключить болезнь Альцгеймера).

При наличии выраженных признаков сердечной недостаточности можно было предполагать, что дефицит массы тела у больной связан с “сердечной кахексией”, однако, признаки ХСН в условиях задачи не описаны. По этой же причине невозможно судить о стадии ХСН и ее функциональном классе.

Так как у лиц старше 60 лет при отсутствии признаков нефропатии СКВ > 60 мл/ мин считается нормой, диагноз ХБП не выносится.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз?

- Диагноз гипертоническая болезнь (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 20 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, указанных больной (эпизодически принимает каптоприл при повышении САД более 180 мм рт ст). Стадия ГБ и степень риска ССО выставлена на основании развития у больной ассоциированного клинического состояния и поражения органов-мишеней (артерий головного мозга с формированием ДЭП – бессонница, расстройство памяти, дефицит массы тела).

Предположение о старческой астении и возможной болезни Альцгеймера высказано на основании выраженного церебрального синдрома (бессонница, расстройство памяти, потеря массы тела, других причин для которой в условиях задачи не содержится).

В то же время для подтверждения и уточнения диагноза необходимо комплексное обследование больной: определение уровня креатинина и калия крови, клинический анализ мочи, ЭКГ (выявление признаков гипертрофии ЛЖ), ЭХО КГ (выявление признаков гипертрофии ЛЖ, признаков атеросклеротического поражения клапанов сердца, аорты, определение размеров полостей сердца, определение сократительной способности миокарда ЛЖ), УЗИ почек (уточнение размеров, исключение структурных изменений), УЗДГ почечных артерий (исключение стенозирующих изменений), УЗДГ МАГ на шее (оценка признаков стенозирующего атеросклероза и его выраженности), КТ головного мозга (оценка признаков атеросклеротических изменений и возможных перенесенных ранее ОНМК, исключение дополнительных образований), исследование сосудов глазного дна, осмотр невропатолога с результатами вышеуказанных исследований.

Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

- Пациентке рекомендованы препараты группы иАПФ, например, лизиноприл, начиная с 5 мг х 2 раза в день под контролем уровня АД. При необходимости доза может быть увеличена до 10 мг х 2 раза в сутки. Препараты группы иАПФ, помимо гипотензивного, обладают нефропротекторным действием.

Если на фоне приема лизиноприла проявится побочный эффект иАПФ в виде кашля, возможна его замена на препарат группы БРА, например, лозартан, начиная с 12,5 мг х 2 раза в день. При необходимости его доза может быть увеличена методом титрования до 25-50 мг х 2 раза в день. При достаточной эффективности можно ограничиться однократным приемом препарата.

Учитывая пожилой возраст и наличие церебрального синдрома, нельзя снижать АД резко. Согласно Рекомендациям Министерства здравоохранения РФ, пожилым больным младше 80 лет при хорошей переносимости САД должно быть снижено до уровня <140 мм рт ст, но при плохой субъективной переносимости низких цифр АД можно снижать АД только до 140-150 мм рт ст.

Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (препараты из группы антигипертензивных лекарственных средств, выбранные в прошлом вопросе) + розувастатин 10 мг/сутки + соблюдение диеты – АД находится в пределах 140-150/65 мм рт.ст., ОХС 5,6; ХС ЛПВП 1,14; ТГ 1,9 ммоль/л, ЛПНП 3,6 ммоль/л, СКФ 63 мл/мин, сахар натощак 5,2 ммоль/л. АЛТ 50 Ед/л, АСТ 38 Ед/л, КФК 121 Ед/л.

Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

1. Согласно Рекомендаций Министерства здравоохранения РФ, пожилым пациентам младше 80 лет САД должно быть снижено до уровня < 140 мм рт ст, но при плохой переносимости низких цифр АД возможно поддержание его на уровне 140-150 мм рт ст. Поэтому можно попытаться увеличить начальные дозы лизиноприла методом титрования, например, с 12,5 мг х 2 раза в день до 12,5+6,25 мг х 2 раза в день или, далее, до 25 мг х 2 раза в день под контролем общего самочувствия, при ухудшении которого остановиться на рекомендованных цифрах САД.

2. На фоне приема розувастатина – препарата из группы статинов – у больной однократно зарегистрировано повышение уровня печеночных трансаминаз. При этом не достигнут целевой уровень общего холестерина (4,7 ммоль/л и менее) и триглицеридов (1,7 ммоль/и менее). Уровень КФК нормальный. Сведений об изменении других показателей функции печени нет. Согласно Рекомендаций Европейского общества кардиологов и Европейского общества атеросклероза по лечению дислипидемий, в такой ситуации необходимо:

- Через несколько дней выполнить повторный анализ крови для определения уровня печеночных трансаминаз
- Если их уровень снизился, то его следует с большей частотой до полной нормализации значений АСТ и АЛТ.
- Если уровень печеночных трансаминаз в повторных анализах остается в 3 раза больше нормы, статины следует отменить. В этом случае возможно применение препаратов другой группы, например, n-3 жирных кислот (Омега 3-6-9).

Обосновано назначение дезагрегантов, например, кардиомагнила по 0,0075 мг в сутки после ужина. Препарат будет препятствовать формированию и увеличению размеров атеросклеротических бляшек в МАГ и, тем самым, предотвращать развитие ОНМК и усугубление симптомов ДЭП.

Определите план диспансерного наблюдения?

- 1. Учитывая, что у больной имеется АГ III степени и поражение органов мишеней в виде ЦВБ, она должна наблюдаться у участкового терапевта 2 раза в год. При этом необходимы:

- сбор жалоб и анамнеза, активный опрос на наличие, характер и выраженность боли в грудной клетке и одышки при физической нагрузке, эпизодов кратковременной слабости в конечностях, онемения половины лица или конечностей, об объеме диуреза
- уточнение факта приема гипотензивных препаратов
- уточнение факта приема гиполипидемических и антиагрегантных препаратов при наличии показаний
- опрос и краткое консультирование по поводу характера питания, физической активности
- измерение АД при каждом посещении
- анализ данных СКАД
- уточнение характера гипотензивной терапии и терапии по поводу других ССЗ, ЦВБ и ХБП
- общий осмотр и физикальное обследование, включая пальпацию периферических сосудов и аускультацию подключичных, сонных, почечных и бедренных артерий, измерение индекса массы тела и окружности талии при каждом посещении
- гемоглобин и/или гематокрит при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
- глюкоза плазмы натощак не реже 1 раза в год (допускается экспресс-метод)
- общий холестерин не реже 1 раз в год (допускается экспресс-метод)
- холестерин липопротеинов низкой плотности, холестерин липопротеинов высокой плотности, триглицериды в сыворотке при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в 2 года
- калий и натрий сыворотки при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год

- мочевая кислота сыворотки при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям
 - креатинин сыворотки (с расчетом СКФ) при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год
 - анализ мочи с микроскопией осадка и определением белка в моче не реже 1 раза в год
 - анализ на микроальбуминурию при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям, но не реже 1 раза в год
 - ЭКГ в 12 отведениях с расчетом индекса Соколова-Лайона и Корнелльского показателя не реже 2 раз в год
 - ЭхоКГ с определением ИММЛЖ и диастолической функции при взятии под диспансерное наблюдение, в последующем по показаниям, но не менее 1 раза в год при отсутствии достижения целевых значений АД и наличии признаков прогрессирования гипертрофии левого желудочка при расчете индекса Соколова-Лайона и Корнелльского показателя
 - дуплексное сканирование сонных артерий у мужчин старше 40 лет, женщин старше 50 лет не реже 1 раза в 2 года с целью определения ТИМ и наличия атеросклеротических бляшек
 - УЗИ почек при взятии под диспансерное наблюдение, далее по показаниям при наличии обоснованного подозрения на развитие или прогрессирование ХБП
 - дуплексное сканирование почечных артерий при наличии обоснованного подозрения на их патологию
 - лодыжечно-плечевой индекс при наличии обоснованного подозрения на стеноз сосудов нижних конечностей
 - дуплексное сканирование подвздошных и бедренных артерий при наличии обоснованного подозрения на их патологию
 - консультация окулиста на предмет наличия кровоизлияний или экссудата на глазном дне, отека соска зрительного нерва при взятии под ДН и по показаниям
 - оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по таблице величины риска при АГ и по шкале SCORE (при интерпретации уровня риска приоритет отдается более высокому показателю)
 - корректировка терапии (при необходимости)
 - объяснение пациенту и/или обеспечение его памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высокая
2. Родственники данной больной или социальный работник (так как сама она не в состоянии это делать в связи с наличием ЦВБ) должны быть обучены правильному измерению АД, которое в идеале должно производиться до 2 раз в день.
3. Необходима помощь перечисленных лиц в обеспечении должного ухода за больной, ее кормления, контроля за достаточным потреблением ею белка, витаминов, за ограничением потребления поваренной соли, за правильным приемом рекомендованных врачом лекарственных препаратов.

Ответы к задаче 60

Предположите наиболее вероятный диагноз?

ИБС. ПИКС (Q-позитивный ИМ в 2012 г.). Относительная недостаточность митрального клапана. ХСН II Б. ФК IV.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз?

Диагноз ИБС. ПИКС (Q-позитивный ИМ в 2012 г.) установлен на основании анамнеза болезни (перенесенный 5 лет назад задне-диафрагмальный инфаркт миокарда) и данных ЭКГ, подтверждающих это событие (патологический зубец Q и отрицательный зубец T именно в отведениях III и aVF, характеризующих изменения задне-диафрагмальной области ЛЖ).

Диагноз относительной митральной недостаточности предполагается на основании данных аускультации сердца (наличие систолического шума на верхушке), а так же на основании литературных данных о возможности ее развития вследствие ремоделирования миокарда ЛЖ и его папиллярных мышц на фоне основного заболевания. Не исключаются так же дегенеративные изменения створок митрального клапана как следствие ИБС. Последнее обстоятельство требует уточнения с помощью ЭХО КГ.

Диагноз ХСН II Б, ФК IV выставлен на основании одновременного наличия признаков недостаточности ЛЖ (одышка) и ПЖ (отеки на нижних конечностях, увеличение печени) в состоянии покоя.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента?

Пациенту рекомендовано: контроль массы тела и суточного диуреза в связи с наличием периферических и центральных отеков (особенно на фоне назначения мочегонных препаратов), выполнение рентгенографии легких и сердца в 3 проекциях (для уточнения характера и выраженности изменения камер сердца), проведение суточного мониторирования ЭКГ для выявления транзиторной ишемии, скрытых нарушений ритма и проводимости, выполнение ЭХО КГ для оценки структуры (наличие и размеры постинфарктных рубцовых изменений, наличие гипертрофии или дилатации ЛЖ, наличие органического поражения митрального клапана или дисфункции папиллярных мышц и т.п.) и функции миокарда ЛЖ (выраженность гипокинеза зоны рубцовых изменений, определение ФВ ЛЖ), показано УЗИ внутренних органов для уточнения характера поражения печени. С учетом полученных данных решить вопрос о показаниях к селективной коронароангиографии.

Нуждается ли пациент в диуретической терапии? Если да, то диуретики каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Да, пациент нуждается в назначении диуретиков.

Согласно рекомендациям ESC по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности, данному больному в первую очередь показано назначение АРМ (антагонистов рецепторов минералокортикоидов – класс доказательности I, уровень A), так как, несмотря на назначение иАПФ и β -адреноблокаторов, у него сохраняются признаки выраженной недостаточности кровообращения. Рекомендуется прием спронолактона или эплеренона в суточной дозе от 12,5 до 25-50 мг. Необходим контроль уровня калия крови.

Какие дополнительные рекомендации, касающиеся немедикаментозных методов лечения и реабилитации необходимо дать пациенту?

Коррекция факторов риска: избегать чрезмерного потребления жидкости (у пациентов с тяжелой ХСН возможно ограничение потребления жидкости до 1,5-2 л/сут), избегать чрезмерного потребления соли (> 6 г/сут) и поддерживать здоровый вес тела, гипохолестеринемическая диета, отказ от курения, ограничение эмоциональных нагрузок, рекомендованы регулярные физические нагрузки до легкой одышки. Контроль АД (целевой уровень АД менее 140 и 90 мм рт ст), глюкозы крови (до 5,5 ммоль/л), липидного спектра крови (ОХ менее 4,7 ммоль/л, ХС ЛПВП более 1,0 ммоль/л, ТГ менее 1,7 ммоль/л).

Продолжать лекарственную терапию: бета-блокаторы (бисопролол), ингибиторы АПФ (лизиноприл), антиагреганты (кардиомагнил), диуретики (спиронолактон), статины (розувастатин).

При получении результатов селективной коронароангиографии решить вопрос о показаниях к операции реваскуляризации миокарда. На основании данных ЭХО КГ и селективной коронароангиографии решить вопрос о показаниях к трехкамерной (ресинхронизирующей) электрокардиостимуляции.

Ответы к задаче 61

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Первичный гиперальдостеронизм (болезнь Конна). Артериальная гипертензия II степени. Риск III. ХСН 0, ФК 0. Гипокалиемическая нефропатия. ХБП II.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

1. Диагноз первичного альдостеронизма выставлен на основании наличия следующих признаков, указанных в задаче:

- артериальной гипертензии, резистентной к медикаментозной терапии;
- сочетания артериальной гипертензии и произвольной гипокалиемии (низкий уровень К-емии, признаки гипо-К-емии на ЭКГ, клинических признаков гипо-К-емии – мышечной слабости и мышечных судорог, наличия парестезии кожи, учащенного мочеиспускания);
- сочетания гипертензии и отягощенного семейного анамнеза в отношении раннего развития артериальной гипертензии или острых церебро-васкулярных нарушений в возрасте до 40 лет.

2. Диагноз АГ II степени высокого риска выставлен на основании максимальных цифр АД (САД 170, ДАД 105 мм рт ст), которые соответствуют этой степени АГ. Риск сердечно-сосудистых осложнений оценен как высокий, так как у больной с этой степенью АГ имеется фактор риска – осложненный наследственный анамнез.

3. Признаки ХСН в условиях задачи отсутствуют.

4. Гипокалиемическая нефропатия диагностирована на основании анамнеза болезни, клинических и лабораторных признаков гипо-К-емии, а так же наличия дизурического и мочевого (снижение удельного веса мочи) синдромов. ХБП II стадии диагностирована на основании снижения СКФ в пределах 60-89 мл/мин.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

1. Определение уровня альдостерона и ренина крови. Первый должен быть повышен, а второй - понижен даже в вертикальном положении. Перед исследованием за 2 недели необходимо отменить препараты, влияющие на уровень альдостерона. В данном случае это иАПФ и дигидропиридиновые Са-антагонисты.

2. УЗИ надпочечников

3. КТ надпочечников

4. Функциональные пробы почек (анализы мочи по Нечипоренко и Зимницкому)

5. УЗИ почек для выявления структурных изменений

Так как АГ дебютировала в возрасте 39 лет, генетическое тестирование больной необязательно (оно показано, если АГ впервые зарегистрирована до 20 лет).

Какую медикаментозную и немедикаментозную терапию Вы бы рекомендовали пациентке? Укажите необходимые дозы. Обоснуйте свой выбор.

1. В качестве патогенетического средства больной показаны препараты из группы антагонистов альдостерона – спиронолактон или эплеренон в дозе 25-100 мг x 3 раза в сутки с интервалом 8 часов под контролем уровня АД и калия крови. Эти препараты блокируют рецепторы альдостерона и препятствуют экскреции калия с мочой и задержке натрия в сосудистой стенке, а, следовательно, предотвращают появление клинических признаков гипо-К-емии и развитие АГ.

2. При одностороннем поражении надпочечников (выявлении альдостеромы) по показаниям выполняется адреналэктомия.

Составьте и обоснуйте маршрутизацию данной пациентки, включая определение необходимого этапа оказания медицинской помощи.

Показаний для госпитализации больной в стационар на данном этапе нет.

Больная должна быть первично обследована кардиологом и эндокринологом поликлиники по месту жительства. Ей должно быть выполнено:

- исследование содержания альдостерона в крови и моче
- исследование ренина крови
- исследование уровня калия и натрия в крови и моче
- УЗИ надпочечников
- КТ надпочечников
- УЗИ почек
- Функциональные пробы почек для уточнения выраженности гипо-К-емической нефропатии

При подтверждении диагноза первичного альдостеронизма назначить антагонисты альдостерона – спиронолактон или эплеренон в дозе 25-100 мг х 3 раза в день в зависимости и под контролем уровня АД, концентрации калия крови. После стабилизации АД больная должна наблюдаться в поликлинике у участкового терапевта и эндокринолога.

При выявлении односторонней аденомы коры надпочечников показана консультация хирурга для решения вопроса о госпитализации в стационар и выполнении адреналэктомии.

Ответы к задаче 62

Предположите наиболее вероятный диагноз.

-Феохромоцитома, пароксизмальная форма. Симптоматическая артериальная гипертензия 3 степени. ГЛЖ. Риск 4 (очень высокий).

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

-Описанные симптомы образуют так называемую «триаду Карнея» - характерный синдром для феохромоцитомы. Также имеется отсутствие эффекта от терапии БРА. Риск 4 обусловлен цифрами АД, соответствующими 3 степени, а также наличия признаков гипертрофии ЛЖ по данным ЭКГ.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

-«Золотой стандарт» диагностики феохромоцитомы - повышение экскреции метанефрина и норметанефрина с мочой (чувствительность и специфичность >95%). В план обследования можно включить исследование суточной экскреции катехоламинов и ванилилминдальной кислоты в моче. Само по себе выявление опухоли надпочечника при УЗИ, КТ и МРТ не эквивалентно диагнозу феохромоцитомы. Гормональнонеактивные опухоли встречаются в популяции до 5 %. Проведение провокационных проб из-за высокого риска осложнений феохромоцитомного криза в настоящее время признано нецелесообразным. Сцинтиграфия надпочечников с I^{131} -холестерином - устаревший метод диагностики минералокортикоидных опухолей надпочечников. Позитронно-эмиссионная томография - чрезвычайно дорогостоящий метод диагностики и рутинно не применяется.

Какую медикаментозную и немедикаментозную терапию вы бы порекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.

-Консервативное лечение опухолей хромаффинной ткани предусматривает назначение α -адреноблокаторов с последующим назначением β -адреноблокаторов. Терапия β -адреноблокаторами без предварительной блокады α -адренорецепторов крайне опасна развитием феохромоцитомного криза из-за компенсаторной активации α -адренорецепторов. Хирургическое лечение феохромоцитомы без адекватной медикаментозной подготовки чревато гибелью больного из-за развития неуправляемой гемодинамики на высоте феохромоцитомного криза. При установлении диагноза феохромоцитомы-параганглиомы необходимо срочное хирургическое удаление опухоли, за исключением случаев недавно перенесенного инфаркта миокарда, третьего триместра беременности и неоперабельной опухоли. В этих случаях показана терапия адреноблокаторами. Препаратом выбора считается альфа-адреноблокатор феноксипропанолон. Также эффективны селективные альфа-1-блокаторы: празозин и доксазозин.

Составьте и обоснуйте маршрутизацию данной пациентки, включая определение необходимого этапа оказания медицинской помощи, вопросы экспертизы нетрудоспособности.

-Больной показано обследование в профильном эндокринологическом отделении с предоперационной подготовкой и последующим переводом в хирургическое отделение для оперативного удаления опухоли.